

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO

CARRERA:
PSICOLOGÍA

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:
PSICÓLOGO

TEMA:
SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE EN EL
CENTRO DE ESPECIALIZACIÓN DE TRATAMIENTO A PERSONAS CON
CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (CETAD)
LIBERTAD, EN EL PERIODO MAYO A SEPTIEMBRE 2020

AUTOR:
MIGUEL ANGEL NAJERA FON FAY

DOCENTE TUTORA:
JOHANNA CRISTINA LUZURIAGA MERA

Quito, enero del 2021

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo MIGUEL ANGEL NÁJERA FON-FAY, con documento de identificación N° 1203990203, manifiesto mi voluntad y cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autor del trabajo de grado/titulación intitulado: “SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE EN EL CENTRO DE ESPECIALIZACIÓN DE TRATAMIENTO A PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (CETAD) LIBERTAD, EN EL PERIODO MAYO A SEPTIEMBRE 2020”, mismo que ha sido desarrollado para optar por el título de: Psicólogo, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En aplicación a lo determinado en la Ley de Propiedad Intelectual, en mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia, suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.



Miguel Ángel Nájera Fon-fay

Cédula: 1203990203

Enero del 2021

DECLARATORIA DE COAUTORÍA DEL DOCENTE TUTOR

Yo declaro que bajo mi dirección y asesoría fue desarrollado el trabajo de titulación, **"Síndrome de burnout en el personal de salud que atiende en el centro de especialización de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (cetad) libertad, en el periodo mayo a septiembre 2020"**, realizado por Miguel Ángel Nájera Fon-fay, obteniendo un producto que cumple con todos los requisitos estipulados por la Universidad Politécnica Salesiana, para ser considerados como trabajo final de titulación.

Quito, enero del 2021



Johanna Cristina Luzuriaga Mera

171764090-6

CARTA DE APROBACIÓN DE LA INSTITUCIÓN



FORMATO CARTA INSTITUCIÓN

Quito, 20 de Mayo del 2020

Señor
Gino Grondona
Director Carrera Psicología
Universidad Politécnica Salesiana
Presente

De mis consideraciones

Por medio de la presente informo a usted que el/la Señor/Ita Miguel Ángel Nájera Fon Fay con número de cédula 1203990203 estudiante de su Carrera de Psicología, se encuentra realizando su proyecto y/o prácticas en nuestra institución CENTRO ESPECIALIZADO EN TRATAMIENTO DE ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN CETAD LIBERTAD De igual forma informarle que en calidad de Representante Legal de dicha institución autorizo el desarrollo del proyecto, el uso de información y publicación del trabajo de titulación: (Síndrome de Burnout en el personal de salud que atiende en el Centro de Especialización de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas CETAD Libertad, en el periodo mayo a septiembre 2020).

Por la atención que dé a la presente, quedo de usted,

Atentamente,

Sra. Meti Janneth Frias Montenegro
CC: No. 1711464865

CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA ADICCIONES



TEL: (02) 3591106
Quito, Guayllabamba. Calle el
Aguacate Oe2-20 y Calle Pogyo

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	1
1. Planteamiento del problema.....	4
2. Justificación y Relevancia.....	9
3. Objetivos	11
3.1 Objetivo general	11
3.2 Objetivos específicos.....	12
4. Marco conceptual	12
4. 1 Síndrome de Burnout.....	12
4. 2 El estrés crónico laboral.....	13
4.3 Distinciones Conceptuales entre el Síndrome de Burnout y otros Trastornos	15
4.4 Factores de Riesgo y Modelo Causal	18
4.4.1 Factores de Orden Personal	18
4.4.2 Factores Culturales y Sociales.....	18
4.4.3 Factores Ocupacionales	19
4.4.4 Factores Educativos.....	20
4.5 El Burnout en Centros de Ayuda Social y específicamente en Centros de Rehabilitación...	20
5. Variables	21
6. Hipótesis/ Supuestos	22
7. Marco metodológico	22
7. 1 Perspectiva metodológica.....	22
7.2 Diseño de investigación	23
7.3 Tipo de investigación.....	23
7.4 Instrumento y técnica de producción de datos	24
7.5 Plan de Análisis de Datos.....	26
8. Población y muestra	27
8.1 Población.....	27
8.2 Tipo de muestra.....	27
8.3 Criterios de la muestra.....	27
8.4 Fundamentación de la muestra	28
8.5 Muestra	28
9. Descripción de los datos producidos	28
10. Presentación de los Resultados Descriptivos.....	29

10.1 Resultados Obtenidos desde el Inventario de Burnout de Maslach.....	30
10.2 Resultados Obtenidos de la Entrevista Semiestructurada.....	32
11. Análisis de los Resultados	43
12. Interpretación de los Resultados	46
12.1 Inventario de Burnout de Maslach	46
12.2 Entrevista Semiestructurada.....	50
13. Conclusiones	53
14. Recomendaciones.....	55
Lista de Referencias	56
Anexos	60

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Categorías y Subcategorías de Estudio	21
Tabla 2: Puntos de corte por subescala según validación española	27
Tabla 3: Caracterización de los Actores Entrevistados	29
Tabla 4: Evaluación de las Dimensiones del Síndrome de Burnout en los Participantes	30
Tabla 5: Participante 1.....	37
Tabla 6: Participante 2.....	38
Tabla 7: Participante 3.....	38
Tabla 8: Participante 4.....	39
Tabla 9: Participante 5.....	40
Tabla 10: Participante 6.....	40
Tabla 11: Participante 7.....	41
Tabla 12: Participante 8.....	42
Tabla 13: Participante 9.....	42

ÍNDICE DE GRÁFICAS Y PORCENTAJES

Figura 1. Nivel de Cansancio Emocional en los participantes.....	31
Figura 2. Nivel de Despersonalización en los participantes.....	31
Figura 3. Nivel de Realización personal en los participantes	32
Figura 4. Tasa de respuesta pregunta 1.....	32
Figura 5. Tasa de respuesta pregunta 2	33
Figura 6. Tasa de respuesta pregunta 3.....	33
Figura 7. Tasa de respuesta pregunta 4.....	34
Figura 8. Tasa de respuesta pregunta 5	34
Figura 9. Tasa de respuesta pregunta 6	35
Figura 10. Tasa de respuesta pregunta 7.....	36
Figura 11. Tasa de respuesta pregunta 8	36

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A. Entrevista sobre las fases de recuperación dentro del proceso de rehabilitación CETAD “libertad”.....	59
Anexo B. Cuestionario de Maslach.....	60

Resumen

La presente investigación se ha dirigido principalmente a estudiar el nivel de burnout del personal del centro de rehabilitación CETAD Libertad en Quito. Para esto, se inició con una revisión exhaustiva a nivel teórico, seguido del planteamiento de la problemática propia de los centros de rehabilitación, lo que permitió delimitar el trabajo de campo. Los instrumentos utilizados fueron el inventario MBI (Maslach Burnout Inventory) de Maslach y Jackson (1981) y una entrevista semiestructurada para los cuidadores del CETAD Libertad. Los resultados reflejaron, contrariamente a lo esperado, que los cuidadores del centro no presentan sintomatología significativa respecto al síndrome de burnout y que además poseen altos niveles de realización personal. Se concluyó así que esta última variable, se constituye en un factor protector para el personal que labora en estas instituciones y que esta se ve reflejada en el alto nivel de compromiso y los resultados visibles que se obtienen a través del trabajo de estos profesionales. El trabajo termina con una reflexión sobre la influencia del Covid-19 sobre los resultados de esta investigación.

Palabras clave: Síndrome de Burnout/ Centros de rehabilitación/ personal de salud/ cuidadores/ consumo problemático de sustancias

Abstract

This investigation assesses the burnout level burnout of the workers of the CETAD Libertad rehabilitation center in Quito. We start with a theoretical panorama of the syndrome that establishes a clear definition of it. We then raise the problem inherent to rehabilitation centers and proceed to a field study in this center. The tools used were the Inventory of Burnout de Maslach (MBI) and a semi- structured interview for the workers of CETAD Libertad. The results show that contrary to what was expected, the caregivers of the center do not reflect any symptoms of burnout and have a high personal fulfillment. It is concluded with the idea that this personal fulfillment is also typical of health centers since there is a great commitment and visible results. It is also thanks to this aspect that caregivers are protected from personal fatigue. The work ends with a reflection on the influence of Covid-19 on the results of this research.

Key words: Burnout syndrome/ rehab centers/ health professionals/ caregivers/ drug abuse

Introducción

El Burnout, término que hace alusión al desgaste profesional provocado por estrés crónico, se trata de un síndrome clínico-laboral reconocido oficialmente por la OMS desde el 2019, de manera que se ha incluido en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos CIE-11, siendo la primera vez que se toma en consideración que el trabajo es una de las circunstancias que va a influir en los cambios del estado de salud de las personas, constituyéndose así en una enfermedad diagnosticable en el ámbito de la salud.

Para Gil-Monte et al. (2017), se trataría de:

Una experiencia subjetiva de carácter negativo que se caracteriza por la aparición de cogniciones, de emociones, y de actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial los clientes, y hacia el propio rol profesional (p. 154).

Asimismo, Gil-Monte et al(2005) citado por Martínez (2010) recalca que el síndrome “aparece con frecuencia en los profesionales del sector de los servicios cuya actividad laboral se desarrolla hacia personas” (p. 50).

En dicho contexto, se puede afirmar que los profesionales de salud no son una excepción sino más bien la regla, ya que se encuentran permanentemente expuestos no solo a riesgos biológicos o físicos sino también a riesgos psicosociales; como parte de este grupo destacan los profesionales de la salud mental, colectivo permanentemente expuesto al desgaste profesional dada la complejidad que supone trabajar con los aspectos emocionales, cognitivos, conductuales y en general con el sufrimiento psíquico de aquellos clientes a quienes tratan en la práctica.

Entre los especialistas en salud mental, se encuentran: orientadores, terapeutas, psicólogos y psiquiatras, quienes tienen distintos niveles de formación y ofrecen servicios de salud mental diferenciados. No obstante, todos ellos suelen estar involucrados como parte del tratamiento integral de drogodependencias.

Conforme a De las Cuevas Castressana (2003), los profesionales ligados al trabajo en rehabilitación tienden a:

[...] manejar niveles de frustración de alguna manera más intensos que con otro tipo de pacientes ya que el porcentaje de recaídas por la naturaleza misma de la enfermedad tiende a ser alto y el nivel de dificultad de su tratamiento también es mayor, de manera que la labor realizada puede llegar a ser extenuante y emocionalmente agotadora (p. 108).

A esto se suma el hecho de que las personas diagnosticadas con trastornos por abuso o dependencia a sustancias psicoactivas, desarrollan generalmente una serie de conductas denominadas adictivas, entre las que destaca como principal característica la pérdida de control y una serie de características o rasgos de personalidad particularmente complejos (Becoña & Cortés, 2010; De las Cuevas Castressana, 2003). Entre estos rasgos, De las Cuevas Castressana (2003), menciona: “la pasividad, poca diferenciación, temor al rechazo, la dificultad de reconocer y el miedo a expresar emociones, la impulsividad y el uso de mecanismos de defensa muy primitivos”(p. 108).

En consecuencia, y dada la complejidad de estos trastornos, “se han establecido tres niveles de atención sanitaria y de rehabilitación funcional: tratamiento ambulatorio, tratamiento residencial e intervención mínima”(Becoña & Cortés, 2010, p. 213). En el nivel de tratamiento residencial, se incluyen las denominadas Comunidades Terapéuticas - promulgadas en Ecuador como Centros

especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas CETADS ¹-, instituciones carácter residencial, cuyo objetivo según Becoña & Cortés (2010), se resumiría en:

La deshabituación, rehabilitación y reinserción de las personas con problemas de drogodependencias, en donde se lleva a cabo un tratamiento integral, que comprende intervenciones psicológicas, médicas y educativas, dirigidas, en último término, al desarrollo de un estilo de vida adecuado a un entorno social normalizado (Becoña & Cortés, 2010, p. 218).

En consideración a lo planteado, esta investigación pretende explorar los niveles de burnout que pueden desarrollar los profesionales y demás trabajadores de los Centros Especializados de Tratamiento, dado el complejo contexto laboral en el que se encuentran y los factores de riesgo identificados a través de la teoría que podrían decantar en estrés crónico y desgaste profesional. El estudio se llevó a cabo en uno de las instituciones acreditadas por el ACESS- Centro de Rehabilitación “Libertad”-, a través del uso de una entrevista semiestructurada y el cuestionario MBI de Maslach aplicada al personal que allí labora. Se detallan los hallazgos respecto al Síndrome de Burnout en estos profesionales y se relacionan los resultados con el proceso de Rehabilitación, sus etapas, el conocimiento que tiene cada uno de los colaboradores respecto a ellas y la complejidad que acarrea el tratamiento en general.

¹ En el país estas instituciones se encuentran reguladas por el Ministerio de Salud Pública a través de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada ACESS.

1. Planteamiento del Problema

La representación del trabajo ha ido cambiando a lo largo del tiempo, pero desde siempre ha existido en su definición misma una concepción negativa. Según Neffa (1999), etimológicamente la palabra trabajo procede del vocablo *tripalium* en latín, que hacía referencia a un instrumento de tortura romano; a pesar de ello, la noción de trabajo ha cobrado en la actualidad un rol fundamental y central en la definición del individuo convirtiéndose en un factor de identificación, realización, inclusión o exclusión social, de tal modo que en ocasiones acarreará consecuencias negativas directas o indirectas como la aparición del Síndrome de Burnout.

El Síndrome de Burnout o Síndrome de fatiga laboral es una enfermedad contemporánea, introducida Freudenberger (1974) citado por Osuna Paredes et al. (2009), quién la definió como un “estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, o a una forma de vida o de relación que no produce esperada compensación”.

Para Cristina Maslach (1976) citado en Quiceno & Vinaccia Alpi (2007) teórica que introdujo por primera vez la palabra Burnout de forma pública, la característica única de este síndrome es que surge de la interacción entre el que presta ayuda y el ayudado, de manera que se presenta comúnmente en profesiones que se caracterizan por una atención intensa y continua con personas que están en situación de necesidad o dependencia y donde frecuentemente existe una carga afectiva (p. 119).

Burnout es una palabra en inglés que se asocia o define como: consumirse, quemarse hasta el final o sobrecalentarse, pues es precisamente así como lo describió Cristina Maslach (1976) citado por Quiceno & Vinaccia Alpi (2007), quien al describir la situación. afirmó que no es sino hasta meses o años después cuando finalmente los trabajadores terminaban “quemándose” (2007,

p. 119). En concordancia, la Haute Autorité de Santé (2020), lo conceptualiza como un estado de agotamiento no solo físico sino también emocional y mental, resultado de una inversión de energía prolongada en situación de trabajo exigentes en el plano emocional que aparece cuando no se puede resistir más la acumulación de estrés laboral y todo se derrumba.

Empero, los diversos aportes teóricos que se han generado a través de los años, aun en la actualidad no se ha podido llegar a un consenso en cuanto a la conceptualización del síndrome, esto se debe principalmente a que se trata de una experiencia subjetiva, lo cual acarrea ciertas dificultades al momento de intentar estudiar el fenómeno en la población. No obstante estas discordancias, la definición más ampliamente aceptada sigue siendo aquella planteada por Maslach & Jackson (1981) citado por Martínez (2010), quienes definieron al burnout como “una manifestación comportamental del estrés laboral, y lo delimitaron como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional, despersonalización en el trato con clientes y usuarios, y dificultad para el logro/realización personal”.

En esta línea, teóricos como Gil-Monte (2005), han llegado a plantear que el síndrome se trataría de una “respuesta al estrés laboral crónico”; sin embargo, el estrés como entidad nosológica se constituye en un ente separado que no siempre decantará en la aparición del síndrome. Así, por ejemplo, Pines (1993), manifestó que “incluso muchos individuos son capaces de dar y conseguir lo mejor en trabajos estresantes, siempre que sientan que éstos tienen un sentido” (p. 172).

Al hablar del sentido que el individuo le otorga su labor o profesión, se hace imperante entonces abordar las tres dimensiones propuestas Maslach (1976) para medir el síndrome de burnout: cansancio emocional, despersonalización y realización personal; asimismo, podría resultar útil definirlo a través de algunas manifestaciones sintomáticas, para ello se ha tomado el

modelo presentado por Quiceno & Vinaccia Alpi (2007) quienes presentan un modelo sintomático en el que han ubicado los síntomas más insidiosos reportados por la literatura en distintos niveles.

Conforme a Quiceno & Vinaccia Alpi (2007):

A nivel somático se describen síntomas y signos como fatiga crónica, cansancio, frecuentes dolores de cabeza, espalda, cuello y musculares, insomnio, alteraciones respiratorias, alteraciones gastrointestinales, hipertensión, etc. Mientras que a nivel conductual se describe un comportamiento suspicaz y paranoide, inflexibilidad y rigidez, incapacidad para estar relajado, superficialidad en el contacto con los demás, aislamiento, actitud cínica, incapacidad de poder concentrarse en el trabajo, quejas constantes, comportamientos de alto riesgo como conductas agresivas hacia los clientes, absentismo, consumo de sustancias psicoactivas, tranquilizantes y barbitúricos (p. 120).

Por otro lado a nivel emocional se presentaría: agotamiento emocional, expresiones de hostilidad, irritabilidad y odio, dificultad para controlar y expresar emociones, aburrimiento, impaciencia e irritabilidad, ansiedad, desorientación, sentimientos depresivos y finalmente a nivel cognitivo: cogniciones asociadas a baja autoestima, baja realización personal en el trabajo, impotencia para el desempeño del rol profesional, fracaso profesional, etc. (Quiceno & Vinaccia Alpi, 2007, p. 120).

En cuanto a los factores de riesgo, se han descrito en la literatura los siguientes: Edad, pues su mayor prevalencia es en profesionales de más de 40 años; Género, se plantea que los hombres son más susceptibles que las mujeres a padecer el síndrome; Estado civil, en donde los individuos casados serían más proclives al síndrome; Tiempo de ejercicio profesional pues se ha concluido que a mayores años de experiencia mayor es el riesgo; Tiempo de antigüedad o permanencia en

una institución, es así que a mayor tiempo de permanencia mayor tendencia al desarrollo del Burnout; Cantidad o número de horas trabajadas por semana, se presume que a mayores horas de servicio mayor será el riesgo y el Flujo diario de pacientes pues a mayor número de pacientes atendidos mayor posibilidad existirá de sobrecarga (Albaladejo et al., 2004; Atance, 1997; Dueñas et al., 2003; Gomero et al., 2005; Pera & Serra-Prat, 2002).

Con base en estos aportes desde la literatura, se podría afirmar que, si bien el síndrome de burnout puede ocurrir en distintos campos de trabajo, sería más recurrente en los ámbitos del sector de los servicios hacia personas; pues tal como lo menciona (Mc Connell, 1982, citado por Barría Muñoz, 2002):

Algunos profesionales, tales como enfermeras, médicos, asistentes sociales, profesores, personal de gendarmería y policías se verían expuestos a mayor riesgo, al conjugan en su vida laboral la vocación de servicio de atención a personas con el ejercicio profesional. El resultado puede ser un agotamiento de la energía experimentado por ellos cuando se sienten abrumados por los problemas de otros (p. 1).

En este sentido, son los profesionales del sector de los servicios quienes se encontrarían mayormente expuestos a padecer este síndrome, entre ellos se incluye a los profesionales de la salud mental:

Los profesionales de la salud mental constituyen uno de los colectivos de trabajadores de la salud más afectados por el estrés. El trabajar con los aspectos emocionales más intensos del cuidado del paciente (sufrimiento, miedo, sexualidad y mente) así como tratar con pacientes difíciles, con frecuencia afecta a la tolerancia para la frustración y la ambigüedad del profesional. El estrés crónico que significa estar continuamente bajo tales circunstancias puede llegar a ser emocional y físicamente extenuante, pudiendo conducir a la presencia de

signos del síndrome de estrés profesional (De las Cuevas Castressana, 2003, p. 109).

Al hablar específicamente de los profesionales que prestan sus servicios en los centros de rehabilitación recaídas, se pueden delimitar varios factores de riesgo, pues estos mantienen grandes responsabilidades para con sus pacientes y sus familias, generalmente no disponen de grandes recursos, y se hallan frente a situaciones delicadas, difíciles o dolorosas. A esto debe sumarse la demanda emocional y afectiva de los pacientes, y la presión por obtener resultados que aumenta a la dificultad laboral. En el trabajo psicológico o psiquiátrico, los cuidados otorgados a las personas dependientes puede ser rápidamente una causa de agotamiento y de estrés. Esto se acentúa si sumamos la dificultad de relacionarse con pacientes drogadictos; su carácter impulsivo, su falta de motivación, sus tensiones particulares y el riesgo latente de recaídas.

Es por todas estas razones que se ha decidido focalizar este estudio en los profesionales que laboran en un centro de rehabilitación para adictos en la ciudad de Quito, delimitando la siguiente pregunta de investigación: ¿Los centros de rehabilitación son o no, sectores laborales, más vulnerables frente al burnout? Pregunta que surge porque al estudiar los centros de rehabilitación nos hallamos frente a una paradoja; por un lado, se considera que este podría ser un sector expuesto al burnout dado el complejo contexto laboral, en donde el factor de fracaso puede ser alto en vista de los altos índices de recaídas de los pacientes; y por otro lado, se presume que el sentimiento de satisfacción y realización también puede ser elevado en este ámbito de labor social. Para responder a esta interrogante, se propone medir el nivel de burnout de un porcentaje de la población de los profesionales de la salud que se encuentra laborando en el centro de rehabilitación “CETAD Libertad” de Quito.

Se ha escogido realizar el estudio en este centro de rehabilitación, dado que en la vinculación con el lugar, se han identificado ciertas variables que podrían inducir al personal a

desarrollar el síndrome de burnout, entre ellos: pacientes con rasgos de personalidad complejos dado el nivel de dependencia a sustancias, horas de trabajo extendidas por la demanda, necesidad de usar un arsenal de técnicas diversas por la complejidad de los cuadros y un nivel de compromiso elevado por la responsabilidad que acarrea el tratamiento con personas en situación de internamiento. Además se ha observado que muchos de estos profesionales realizan labores que van más allá de su cargo y que no les compete, laboran en horarios extensos y además se enfrentan al riesgo permanente de deserción o de que los pacientes huyan de la institución.

2. Justificación y Relevancia

Según la Organización de Estados Americanos (OEA), el trastorno por consumo de sustancias, se constituye en un problema de salud pública que pone en riesgo la vida de millones de personas y que puede tener consecuencias desastrosas tanto para el individuo como para sus familiares, además de un gran impacto social. Entre sus repercusiones sociales se incluyen el mal desempeño y el abandono escolar, la falta de productividad en el trabajo y el desempleo, los costos económicos para el enfermo y su familia, el delito y la violencia (2013).

En cuanto al problema de drogas en las Américas, se ha establecido que “el consumo de drogas, incluyendo el alcohol, produce mayores niveles de mortalidad y discapacidad en el Hemisferio que en el resto del mundo” (Organización de los Estados Americanos, 2013). En el caso del Ecuador se considera que al menos el 60% de los niños y adolescentes de 7 a 15 años ya ha consumido algún tipo de droga (alcohol, tabaco o marihuana) y que una gran parte empiezan a la alarmante edad de 9 años (Garzón, 2017).

A la luz de estos datos, se ha llegado a concluir que el personal de salud que labora en el ámbito de la rehabilitación se enfrenta a una enfermedad en extremo compleja, pues más allá del tratamiento clínico o farmacológico, los pacientes en situación de internamiento- como es el caso

del CETAD “Libertad”- requieren cuidadores especializados, permanentemente disponibles y capaces de trabajar de manera interdisciplinaria para lograr la reinserción, lo que convierte al trabajo en drogodependencias en una labor demandante.

Según De las Cuevas Castressana (2003), son precisamente los trabajadores de la salud quienes corren el riesgo permanente de llegar al agotamiento debido a su extenuante labor a través de la prestación de sus servicios, sin contar además con que su trabajo generalmente se lleva a cabo en ambientes estresantes en donde deben lidiar con diversas situaciones difíciles, entre ellas la misma enfermedad, ya sea esta física o mental o incluso la muerte. A pesar de ello, son quienes reciben menor atención, apoyo y contención por parte de las entidades para las que laboran y para la sociedad en general, aun cuando se ha comprobado que el costo de Burnout puede ser alto.

Lo que resulta aún más grave es que en realidad estos profesionales se enfrentan a un enemigo invisible, que se presenta frecuentemente sin que la persona sea realmente consciente y luego de varios años sin recibir ningún cuidado, por lo que simplemente los individuos tienden a colapsar de manera repentina. Según describe Martínez (2010), al llegar al punto de agotamiento, generalmente la persona empieza a tener la sensación de que es imposible ir al trabajo y muy seguido presenta también síntomas de depresión que se han gestado de manera paulatina; es por todo ello que actualmente, el síndrome de burnout adquiere relevancia clínica tanto por el impacto en la salud física y mental de quienes lo padecen, así como por el costo social y económico que representa.

Es consecuencia, conocer el nivel de burnout en el personal de los centros de rehabilitación implica indirectamente también medir el nivel de la calidad de atención que se está otorgando a esta población, pues indudablemente el desgaste profesional tiene un efecto directo sobre la persona que lo sufre, pero también un efecto indirecto potencialmente negativo en las personas que demandan su ayuda. Se espera que con el análisis de los resultados se pueda llegar a obtener datos

fidedignos de los niveles de prevalencia de este síndrome en los profesionales que laboran en centros de rehabilitación para así proporcionar un punto de partida que permita la creación planes de promoción, prevención e intervención temprana en un futuro mediato.

Estas propuestas serán un gran aporte tanto para las personas que sufren de este trastorno, puesto que se podría evitar mayores sufrimientos si se lograra una identificación temprana de ciertos síntomas, como para la estructura organizacional, ya que se podrá evitar colapsos repentinos que dejen al personal incapacitado para continuar su trabajo y también para la sociedad en general. El fin último es no solo aportar a la obtención de nuevo conocimiento y datos sobre este síndrome en el personal de salud, sino también, dar a conocer la estrecha relación entre el bienestar del personal que atiende a personas vulnerables y su impacto en el proceso de rehabilitación y reinserción social.

En dicho sentido, el presente estudio pretende medir el nivel de prevalencia del síndrome de burnout en una población relevante por su vulnerabilidad ante este trastorno, como es el caso de los profesionales que ejercen en el área de la salud mental y física dentro de centro de rehabilitación CETAD Libertad.

Cabe destacar que este estudio se erige como uno de los pioneros sobre conocimiento del síndrome de burnout en el personal de salud dentro de centros de rehabilitación del Ecuador, ya que existen estudios sobre profesionales de la salud en otros espacios como cárceles y hospitales, más las investigaciones llevadas a cabo en comunidades terapéuticas son aun escasas en nuestro contexto

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

- Medir el nivel de burnout del personal de salud del centro de rehabilitación “CETAD Libertad” en la ciudad de Quito.

3.2 Objetivos específicos

- Determinar la afectación, en los profesionales de salud, de las fases del proceso de rehabilitación de los pacientes.
- Definir las características de los profesionales que presentan niveles elevados en realización personal.
- Identificar las condiciones de los profesionales que muestran altos niveles de agotamiento emocional.

4. Marco conceptual

4.1 Síndrome de Burnout

En forma general, se describe al Síndrome de Burnout como una respuesta negativa al estrés crónico en el trabajo, que acarrea a mediano o largo plazo consecuencias desfavorables en varios niveles tanto para la persona que lo padece como para los receptores de sus servicios (Martínez, 2010). A pesar de ello, llegar a una conceptualización unánime resulta hasta la actualidad bastante complejo, debido a los distintos enfoques que se han planteado desde la instauración del síndrome como entidad clínica. Oficialmente los primeros estudios y esbozos de conceptualización acerca del síndrome de Burnout surgen en la década de los ochenta, a partir de entonces han surgido varios modelos explicativos, más no es sino hasta finales de los noventa que se pudo lograr una conceptualización medianamente aceptada entre los estudiosos del tema.

Inicialmente, Freudenberg (1974) citado por Martínez(2010), definió al burnout como “una consecuencia de la pérdida de propósito, motivación, idealismo y entusiasmo”; el autor utilizó este concepto por primera vez al describir el estado físico y mental de un grupo de jóvenes voluntarios que llevaban a cabo jornadas extenuantes de trabajo; así observó que muchos estaban dispuestos a sacrificar su salud para obtener y realizar metas acorde a sus ideales. Sin embargo,

esta manera de trabajar no era equilibrada, recibían poco o nada de reforzamiento por su esfuerzo. Es así que el autor concluyó que la inequidad entre la motivación inicial y el reconocimiento, entre los ideales laborales y la realidad del campo en el día a día, terminaron por fatigar a los jóvenes hasta el punto de sentirse completamente desgastados.

Posterior a esta primera base definicional Maslach & Jackson (1981) plantearon que existían tres dimensiones patognomónicas del síndrome, mismas que debían presentarse juntas para llegar a una valoración fiable, estas son: agotamiento emocional, despersonalización o cinismo y baja sensación de realización personal.

El agotamiento emocional se distingue por indicadores como fatiga, pérdida progresiva de energía, indisponibilidad emocional y sensación de vacío. La despersonalización, por su parte, implica actitudes negativas y cínicas con los pacientes y con los colegas, que puede manifestarse con irritabilidad y respuestas impersonales y deshumanizadas, especialmente dirigidas a la persona que recibe el servicio, misma que será reificada (Martínez, 2010, p. 25).

Por último, la dificultad para la realización personal en el trabajo se distinguiría por respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. En definitiva se trataría del “deterioro del autoconcepto acompañado de sensaciones de inadecuación, de insuficiencia, impotencia y de desconfianza en sus habilidades” (Martínez, 2010, p. 50).

4. 2 El estrés crónico laboral

Es recurrente mencionar que el estrés crónico laboral se constituye en la raíz del Síndrome de Burnout, que en ocasiones pasa desapercibido, generando una respuesta tardía que puede contribuir a que este se presente como un colapso repentino pero en realidad se ha ido gestando

durante años. Por lo general, este síndrome se presenta en gente muy comprometida con su trabajo y con ideales muy exigentes, razón por la cual, son los profesionales que se desenvuelven en el área social y de servicios a la comunidad quienes se ven más afectados puesto que son trabajos que requieren vocación y esfuerzo.

Según De las Cuevas Castressana (2003), el síndrome de burnout comienza por un exceso de compromiso en el trabajo; esta actividad irá de a poco tomando más espacio, desbordando al individuo, con el tiempo el miedo comenzará a crecer. Con el pasar de los años, una ansiedad causada por el miedo de ya no ser tan eficaz, de no poder cumplir con todo lo planteado, puede empezar a aparecer. El miedo de no trabajar lo suficiente o de no hacer bien las cosas, será por lo general compensado con más trabajo y así, el círculo vicioso se instalará. El individuo se verá desgarrado entre la necesidad de trabajar más para satisfacer sus propios ideales y el agotamiento crónico, hasta el día en que ya no pueda levantarse de su cama o que nada parezca volver a darle el descanso que necesita. Este círculo vicioso que hemos descrito es lo que genera estrés crónico. El estrés laboral es entonces una condición que puede surgir de dos factores principales: por un lado, de la falta de adecuación entre los ideales y metas de los individuos y la realidad del terreno y por otro, de una organización y estructuras laborales que aumenten la competitividad y que deshumanicen al empleado.

Además, es importante mencionar que la fuente de este estrés no proviene únicamente de los factores cognitivos y emocionales del individuo. El contexto laboral, los conflictos o la dificultad de las actividades u objetivos impuestos por las directivas pueden ser determinantes. Las variables organizacionales en el trabajo son factores importantes que se deben tomar en cuenta cuando se analiza el estrés laboral: desde la calidad de comunicación entre colegas (¿colaboración o competencia?) hasta las reglas y estructuras del lugar de trabajo, todo esto puede conllevar al

burnout. De la misma manera, muchas son las estructuras laborales que exigen mucho y de sobremanera a sus empleados, estos últimos, por miedo a no ser tomados en cuenta, a ser despedidos o por su incapacidad a poner límites, aceptaran la sobrecarga laboral lo cual podrá terminar costándoles la salud mental y física. La manera en la que se considera el trabajo social y legalmente hoy en día, y el trato que se da a algunos empleados conduce a situaciones tan nefastas como la muerte (Benevides-Pereira et al., 2010; Martínez, 2010).

En Japón, un concepto nació a partir de esta situación insostenible: “Karoshi” significa literalmente “morir trabajando”, se trata de la muerte que puede acaecer a un individuo cuando este se encuentra sometido a niveles elevados de estrés en el trabajo. Esta muerte puede ocurrir de varias maneras, ya sea por derrame cerebral, crisis cardíaca (causados por la falta de descanso y el exceso de estrés) o suicidio. Hoy en día, el Ministerio de Salud, Trabajo y Asuntos Sociales del Japón presenta la alarmante cifra de 200 muertes por trabajo por año. Sin embargo, el sufrimiento laboral va más allá de la muerte y se puede extender durante varios años de manera casi invisible lo que hace del burnout un enfermedad peligrosa (Martínez Plaza, 2010).

Conforme a la Organización Mundial de la Salud (OMS) , “el estrés laboral es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación” (Stavroula et al., 2004, p. 3). De manera que el estrés laboral se presentaría de manera habitual en muchos empleados ya sea por el volumen de trabajo, horarios o complejidad de este.

4.3 Distinciones Conceptuales entre el Síndrome de Burnout y otros Trastornos

El burnout no es sinónimo de estrés aunque compartan cierta sintomatología, por lo cual resulta pertinente acentuar las diferencias nosológicas entre este síndrome y otros trastornos. Respecto al diagnóstico diferencial, Martínez (2010) menciona que:

El estrés general y el síndrome de Burnout se distinguen con facilidad pues el primero es un proceso psicológico que conlleva a efectos positivos y negativos, mientras que el Burnout solo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles de la vida y actividad del ser humano a diferencia del Burnout, que como la mayoría de los autores estiman, es un síndrome exclusivo del contexto laboral” (p. 6).

Asimismo, la autora hace una distinción entre la depresión, el agotamiento general y el síndrome de burnout. En primer lugar se menciona que si bien en el burnout se puede encontrar síntomas de sufrimiento y de agotamiento, este trastorno no se reduce a estos síntomas generales además de que se relaciona solo con el trabajo mientras la depresión y el agotamiento general podrían surgir por un sinnúmero de causas relacionadas con la familia, el estatus social, las relaciones personales, las experiencias traumáticas, etc. (Martínez, 2010). En el mismo orden de ideas se menciona que aunque los dos padecimientos pueden compartir algunos síntomas similares, los patrones de desarrollo y la etiología no son los mismos (Hallsten, 1993; Leiter & Durup, 1994).

Por su parte Pines (1993), recalca que el síndrome de burnout es tridimensional y que si bien la depresión y el agotamiento emocional pueden estar correlacionados, en estos es menos factible que se presente baja realización personal y cinismo; además expone que los sentimientos que se presentan en cada uno de estos trastornos difieren: pues mientras en la depresión predomina la culpa, en el burnout prevalece la ira. No obstante, Freudenberg (1974), plantea que es muy plausible imaginar que la sintomatología depresiva aparezca en una fase avanzada del burnout, como una consecuencia negativa de este.

En cuanto al agotamiento emocional, Martínez (2010), indica que el burnout tampoco es compatible con un agotamiento puntual o una fatiga física; esto va correlacionado con el hecho de

que el burnout es un padecimiento que se extiende en el tiempo; mientras un agotamiento puntual o la fatiga física desaparecen una vez que la persona ha podido darse un tiempo de descanso. Es por ello que varios autores han hecho hincapié en que la dimensión temporal juega un rol importante en la conceptualización y diferenciación del burnout., pues este puede considerarse como un estrés laboral prolongado (Brich, 2003; Etzion, 1987).

Es importante comprender entonces que el síndrome de Burnout es un trastorno que se va instaurando con el pasar del tiempo y no de manera repentina. Se han presentado varios modelos procesuales que intentan describir la instauración del síndrome, pero ninguno ha sido absolutamente aprobado; posiblemente, una de las razones es que es un sentimiento subjetivo vivido por el individuo que se presenta por un gran número de causas y factores. Sin embargo, Edelwich & Brodsky (1984), proponen un modelo con cuatro etapas que resume y generaliza bastante bien el proceso de desarrollo del burnout:

- El entusiasmo: periodo inicial que se caracteriza por altas expectativas y un alto grado de energía. El empleo es altamente satisfactorio y se vuelve rápidamente central en la vida del individuo.
- El estancamiento: el empleo ya no es tan satisfactorio como antes.
- Frustración: periodo en el que el trabajador se cuestiona su propio valor y el de su trabajo. En esta etapa aparecen problemas físicos, conductuales y emocionales.
- Apatía: se desarrolla el mínimo esfuerzo necesario y se evita al máximo las relaciones con los otros. El umbral de tolerancia al estrés es sobrepasado.

Los modelos procesuales tienen también el interés de incluir y explicar la tridimensionalidad del burnout; por ejemplo, en el modelo procesual de Leiter & Maslach, (1988), se plantea el síndrome sería fruto de un desequilibrio entre los recursos personales del individuo y

las demandas de su trabajo. Este desequilibrio provocaría en primera instancia cansancio emocional. El empleado, para protegerse y como estrategia de afrontamiento a este cansancio emocional comenzará a experimentar la despersonalización. Finalmente, como resultado de la dificultad a afrontar los diferentes factores que generan estrés laboral, el individuo terminará por no sentirse realizado en su ambiente laboral o su profesión.

Para resumir, el concepto de burnout aún se enfrenta a algunos problemas de imprecisión y ambigüedad, por lo que puede confundirse con otros padecimientos como el estrés general o la depresión. Sin embargo, se puede afirmar que este sí posee una identidad propia: es tridimensional, sigue un proceso de desarrollo progresivo y continuo y hay interacción entre variables emocionales, cognitivas y conductuales dentro de un contexto laboral. Esto quiere decir que también resultará importante el significado del trabajo realizado por el individuo, las estrategias de afrontamiento que posee o las representaciones cognitivas que le permitan conservar actitudes positivas y la misión a realizar.

4.4 Factores de Riesgo y Modelo Causal

4.4.1 Factores de Orden Personal

Se refiere a las altas expectativas sobre sí mismo; más allá de la tipología o los rasgos de personalidad del trabajador está claro que son aquellos que se muestran más entusiastas y dedicados quienes serán más propensos a desarrollar burnout; pues es consabido que estas personas experimentan desilusiones o disgustos cuando comparan el marco ideal de su trabajo con la realidad de este último (Munley, 1985).

4.4.2 Factores Culturales y Sociales

Para Cherniss (1983), entre los factores causales relacionados a la esfera social y cultural se encuentran: “el escrutinio público elevado, poca confianza en el trabajo ejercido,

poco reconocimiento social del valor del trabajo efectuado y una progresiva ruptura de cohesión con la comunidad que implica una mayor inversión del individuo en el trabajo” (p. 276).

Asimismo, se podría considerar que la falta de apoyo social, puede incidir en el desarrollo del Síndrome de Burnout, tal como lo plantea Martínez (2010):

la falta de apoyo social puede ser un factor de estrés e incluso puede acentuar otros estresores; ya que la presencia de esta rebaja o elimina los estímulos estresantes, modifica la percepción de los estresores, influye sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado de ánimo, la motivación y la autoestima de las personas (p. 12).

4.4.3 Factores Ocupacionales

La población más vulnerable se encuentra entre aquellas personas que trabajan en el ámbito humanitario y social, esto se debe principalmente a que enfrentan a varios estresores potenciales entre los que figuran, el exceso de responsabilidad, el peligro ambiental en distintos grados, la presión laboral, entre otros (Martínez, 2010).

Otro factor que se ha incluido en este campo es el tiempo de trayecto de la casa al trabajo, pues según De las Cuevas Castressana (2003), si el trabajo se encuentra muy lejos del lugar en donde habita el individuo, esto se puede volver un factor de desmotivación y fatiga importante.

Acorde a Gil-monte & Moreno-Jimenez (2007), las variables organizacionales y concretamente las relacionadas con el propio trabajo son las desencadenantes principales del síndrome de burnout; sin embargo, para determinar el grado de afectación se han de considerar además variables sociodemográficas, los rasgos de personalidad, y las condiciones personales de vida.

4.4.4 Factores Educativos

Muchas personas serán reticentes a buscar ayuda pues lo consideran un signo de debilidad en el que se pondrían en tela de duda sus capacidades y autosuficiencia. A lo que además se suma la escasez de fuentes legítimas de Psicoeducación que permitan a los individuos adquirir técnicas de autocontrol emocional, manejo de la ansiedad, depresión etc. contribuyendo directamente al avance del agotamiento laboral en muchos profesionales,

Mientras en relación directa con el personal de los centros de rehabilitación De las Cuevas Castressana (2003), menciona que la formación y especialización es casi inexistente, de manera que los profesionales deben recurrir a formación autodidacta que no siempre es suficiente para lidiar con las presiones de la labor cotidiana, concluyendo así que “la formación de los profesionales en drogodependencia constituye un campo necesitado continuamente de revisión, en el cual ha faltado en el pasado una política concreta y, por consiguiente, una planificación estratégica” (p.32).

4.5 El Burnout en Centros de Ayuda Social y específicamente en Centros de Rehabilitación

Este estudio se encuentra enfocado en el burnout que pueden padecer los profesionales de ayuda social (psicólogos, psiquiatras, enfermeros y guardias) y más específicamente de los profesionales del centro de rehabilitación “Libertad”. Siguiendo la idea de que el contexto laboral es el principal factor para el desarrollo de este síndrome, se puede decir que el ambiente laboral de los centros de rehabilitación influye directamente sobre el estrés laboral a largo plazo.

En el Ecuador, las fases del proceso de rehabilitación en un inicio fueron seis, sin embargo, a pedido de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina

Prepagada ACCESS (2020) , la fase uno y dos fueron unificadas, quedando únicamente cinco que se detallan a continuación:

1. Evaluación, diagnóstico y acogimiento, con una duración de 1 semana.
2. Adaptación y desintoxicación, con una duración de 7 semanas.
3. Psico- educación y autoconocimiento, con una duración de 9 semanas.
4. Reinserción y proyecto de vida, con una duración de 8 semanas.
5. Seguimiento, con una duración de 6 meses.

No obstante la complejidad del contexto y del proceso, en un estudio realizado en un centro de adicción en Ámsterdam, Nabitz et al. (1996), encontraron que el nivel de burnout en esta clase de instituciones es relativamente bajo. La explicación plausible para estos resultados, según los autores, radicaba en que a pesar de la exposición a ciertos niveles de estrés en el entorno laboral, el alto grado de responsabilidad del personal permitía que estos individuos percibieran su labor como valiosa y con significado, dejando en claro que al igual que factores de riesgo también pueden existir factores de protección para los profesionales.

6. Variables

Tabla 1
Categorías y Subcategorías de estudio

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
Síndrome de Burnout (Maslach, 1976)	Agotamiento Emocional
	Despersonalización
	Realización Personal
Atención en salud en centros de rehabilitación.	Ambulatorio
	Internamiento
	1. Evaluación, diagnóstico y acogimiento
	2. Adaptación y desintoxicación.

Las cinco fases del proceso de rehabilitación	3. Psicoeducación y Autoconocimiento.
	4. Reinserción y Proyecto de Vida.
	5. Seguimiento

Nota: variables tomadas para la realización de este estudio
Elaborado por autor

6. Hipótesis/ Supuestos

Los profesionales del centro de salud CETAD Libertad, durante la fase de rehabilitación y desintoxicación podrían experimentar cansancio emocional y estrés laboral debido a la afectación física y emocional que atraviesa el paciente.

7. Marco metodológico

7. 1 Perspectiva metodológica

Para el presente estudio se recurrió al uso de una perspectiva metodológica mixta ya que esta reúne diferentes puntos de vista y técnicas tanto cuantitativas como cualitativas, “seleccionando combinaciones de aproximaciones, métodos y diseños que encuadran o se ajustan al planteamiento del problema” (Viteri, 2012, p. 62). Según Hamui-Sutton (2013), “los métodos mixtos combinan la perspectiva cuantitativa y cualitativa en un mismo estudio, con el objetivo de darle profundidad al análisis cuando las preguntas de investigación son complejas” (p. 211).

Adicionalmente, el enfoque mixto, tal como lo mencionan Hamui-Sutton (2013):

se caracteriza por la utilización de diversas fuentes de información que se combinan de distintas maneras para sustentar análisis más comprensivos, acerca de la problemática planteada , de forma que va más allá de la suma de lo cuanti y lo cuali, en el proceso de interfase, subsanando las limitaciones de ambos, al mismo tiempo que se dibuja un panorama más amplio que fortalece la validez de la interpretación de los resultados (pp. 212–221).

7.2 Diseño de investigación

Para la presente investigación se hecho uso de un diseño no experimental, lo cual quiere decir que no se ha intervenido de ninguna manera en las variables de estudio. Según Gómez (2006), “En un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador” (p. 86). En concordancia, Hernández Sampieri et al. (2014), hace alusión a que en el diseño no experimental “las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas, de manera que el investigador no tiene control directo sobre dichas ellas” (p. 151).

7.3 Tipo de investigación

El tipo de investigación fue exploratorio, tomando en consideración los escasos estudios que se han desarrollado respecto al síndrome de burnout en profesionales de la salud mental, tanto a nivel regional como mundial, y más aún al tratarse de un contexto específico como son los centros de rehabilitación. Al respecto Benevides-Pereira et al. (2010), mencionan que:

Actualmente se puede encontrar diversos estudios en muchas categorías profesionales, sin embargo, lo mismo no ocurre cuando el objeto de estudio son los propios psicólogos, demostrando que aún hay una carencia de investigaciones en relación a estos profesionales (p. 1).

Mientras que Díaz & Gómez (2016), con base en una revisión sistemática acerca de los estudios realizados en la región concluyen que:

En la mayoría de estudios, se hizo uso de teorías y métodos de evaluación creados en países “desarrollados”, industrializados, sin la reflexión acerca de la especificidad de los procesos de trabajo propios del contexto latinoamericano (p. 113).

En tal sentido, esta investigación busca, tal como lo indica Hernández Sampieri et al. (2014), lograr una mayor comprensión del fenómeno de estudio, sin proporcionar resultados concluyentes, pero si aportes para futuras investigaciones.

7.4 Instrumento y técnica de producción de datos

Con la finalidad de recabar la información requerida para la presente investigación, se utilizaron: una entrevista semiestructurada y el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).

Según Díaz-Bravo et al. (2013), las entrevistas semiestructuradas:

presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados, y su ventaja es que proveen enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (p. 163).

Dicha flexibilidad permitirá al entrevistador un contacto más cercano con el entrevistado y mayor sensibilidad a la información obtenida en el curso de la misma, aportando mayor riqueza de datos, empero, para lograr una visión completa, será necesario además que el entrevistador:

[...]tenga una actitud abierta y flexible para poder ir saltando de pregunta según las respuestas que se vayan dando o, inclusive, incorporar alguna nueva cuestión a partir de las respuestas dadas por la persona entrevistada (Folgueiras, 2017, p. 4).

En la entrevista construida para los fines del presente estudio, se incluyeron preguntas abiertas acerca del tipo de atención que proveen los profesionales, ya sea a nivel ambulatorio o de internamiento, así como sus opiniones acerca del nivel de complejidad que poseería cada fase del proceso de rehabilitación desde su experiencia profesional, además del conocimiento que poseen al respecto.

En cuanto al cuestionario utilizado para medir el nivel de burnout en los profesionales, se ha escogido trabajar con el Maslach Burnout Inventory. (MBI), ya que como menciona Carlotto & Goncalves (2006), este inventario “ha sido el instrumento más utilizado por la comunidad investigativa para la evaluación de síndrome de burnout en contextos asistenciales y ha sido validado en diferentes contextos culturales y laborales” (p. 168).

Se trata de un cuestionario autoadministrado que incluye un total de 22 ítems formulados de manera afirmativa que recolectan información con relación a los pensamientos, emociones, y conductas que mantiene el sujeto respecto al trabajo, con el fin de evaluar las tres dimensiones centrales que caracterizan al SB: agotamiento emocional, despersonalización o cinismo y baja realización personal (Pérez et al., 2012).

Así el inventario se encuentra constituido por las siguientes escalas:

Subescala de agotamiento emocional, constituida por 9 preguntas (Ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20). Esta escala valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo y su puntuación máxima es 54. Subescala de despersonalización, conformada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) en el que se valora el grado en que cada sujeto reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima a obtener es 30. Subescala de realización personal, compuesta por 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21), que tienen como finalidad evaluar los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 12 (Pérez et al., 2012, p. 258).

En cuanto a las respuestas, estas se presentan en una escala tipo Likert de 7 puntos, con un valor de 0 a 6, donde: 0 = Nunca 1 = Alguna vez al año o menos, 2= Una vez al mes o

menos, 3= Algunas veces al mes, 4= Una vez por semana, 5= Algunas veces por semana y 6= Todos los días (Buzzetti, 2005, p. 89).

7.5 Plan de Análisis de Datos

Para los fines del presente estudio, se utilizó el Maslach Burnout Inventory (MBI) y una entrevista semiestructurada ad hoc, la cual tuvo como objetivo recabar información subjetiva mediante preguntas abiertas y cerradas. La primera fase de este estudio, incluyó la realización de la entrevista semiestructurada a los profesionales que laboran en el Centro de Rehabilitación “Libertad”, para posteriormente proceder con la aplicación del MBI a cada sujeto, mismo que incluye las dimensiones propuestas por la misma autora para definir el síndrome, estas son: “agotamiento emocional, despersonalización y realización personal”. La recolección de la información se realizó vía online dada la crisis sanitaria a raíz de la pandemia del (covid-19),

Una vez obtenidos los datos cualitativos, se realizó una matriz de vaciamiento con el fin de utilizar la información más relevante, mientras, los datos arrojados por el Maslach Burnout Inventory fueron procesados por separado para conocer la prevalencia del síndrome en el personal que labora en el CETAD “Libertad”

Finalmente para realizar el análisis descriptivo de estos datos se consideró la suma total de cada dimensión transformada a percentiles conforme a los puntos de corte establecidos para las profesiones de servicio. El criterio de corte general se establece entre el percentil 33 y el 66, de manera que se considerarán bajas aquellas puntuaciones que se hallarán entre el percentil 1 y 33. Se determina como positiva la presencia del Síndrome de Burnout cuando el inventario arroja los siguientes indicadores: puntuaciones altas en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización y puntuación baja en la dimensión de realización personas (Miravalles, 1986). Los puntos de corte se representan en la siguiente tabla:

Tabla 2

Puntos de corte por subescala

Punto de Corte	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal
ALTO	>27	>10	>40
MEDIO	26-19	9-6	34-39
BAJO	<19	<6	0-33

Fuentes: Grau (2007), Llero (2001)

8. Población y muestra

8.1 Población

La investigación contó con la participación de todo el personal médico y de servicio del centro de rehabilitación “Liberad” la población incluye a 9 profesionales, entre los cuales se encuentran: 2 psicólogos clínicos, 1 médico psiquiatra, 1 enfermero, 1 trabajadora social, 1 terapeuta vivencial y 1 consejero terapéutico en drogodependencia.

8.2 Tipo de muestra

El tipo de muestra fue no probabilística, e intencionada. Según Otzen & Manterola (2017), este tipo de muestreo “permite seleccionar casos característicos de una población limitando la muestra sólo a estos casos. Se utiliza en escenarios en las que la población es muy variable y consiguientemente la muestra es muy pequeña” (p. 230), en consecuencia el muestreo no probabilístico será más útil para estudios de tipo exploratorio.

8.3 Criterios de la muestra

- Laborar dentro del centro de rehabilitación “Libertad” (personal fijo).
- Tener como mínimo 5 años de experiencia en su campo de trabajo.
- Estar en contacto directo con los pacientes y ser partícipes del proceso de rehabilitación en sus distintas fases

- Encontrarse en un rango de edad de entre 25 a 55 años.

8.4 Fundamentación de la muestra

Todo el personal del Centro Especializado en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas CETAD “Libertad” cumplió con los criterios de inclusión para formar parte del presente estudio.

8.5 Muestra

Se incluyeron un total de 9 profesionales que laboran en centro de rehabilitación “Libertad”, quienes cumplieron con los criterios de inclusión previamente expuestos.

9. Descripción de los datos producidos

Un total de 9 profesionales, entre hombres y mujeres, aceptaron de manera voluntaria colaborar en esta investigación, sus edades oscilan entre los 25 y 55 años y todos ellos cuentan con más de 5 años de experiencia en centros de rehabilitación y en sus respectivas áreas de trabajo.

Previo al proceso de aplicación, se informó a cada participante, el objetivo que persigue esta investigación, así como el uso ético que se dará a los datos recabados, posteriormente se solicitó a cada sujeto responder a la entrevista de manera virtual, para posteriormente llenar el cuestionario propuesto. Se receptaron un total de 9 formularios llenos con la información requerida, lo que equivale a una tasa de respuesta del 100%. Una vez obtenidos los datos, se procedió con el vaciamiento y tabulación en matrices para su análisis categorial en el caso de los datos cualitativos y estadístico en el caso de los datos cuantitativos.

10. Presentación de los Resultados Descriptivos

Tabla 3

Caracterización de los actores entrevistados

N° PARTICIPANTE	GÉNERO	PROFESIÓN	CARGO/ROL	LUGAR DE TRABAJO
Participante 1	Masculino	Psicólogo clínico	Coordinador de procesos	“CETAD” Libertad y consulta privada
Participante 2	Femenino	Psicóloga clínica	Directora	“CETAD” Libertad y consulta privada
Participante 3	Masculino	Negociante	Coordinador del “CETAD” Libertad y guardianía	“CETAD” Libertad
Participante 4	Femenino	Terapeuta ocupacional	Coordinadora de terapias ocupacionales y lúdicas	“CETAD” Libertad
Participante 5	Masculino	Terapeuta vivencial	Acompañamiento de los procesos	“CETAD” Libertad
Participante 6	Femenino	Enfermera	Evaluación médica de los pacientes	“CETAD” Libertad
Participante 7	Masculino	Consejero terapéutico en drogodependencia	Acompañamiento en las fases del proceso de rehabilitación	“CETAD” Libertad y consulta privada
Participante 8	Femenino	Doctora psiquiatra	Evaluación psiquiátrica y seguimiento	“CETAD” Libertad y consulta privada
Participante 9	Masculino	Guardia de seguridad	Cuidado de la integridad de los pacientes y del centro	“CETAD” Libertad

Nota: se incluye información socio-demográfica de los participantes del estudio

Elaborado por autor.

10.1 Resultados Obtenidos desde el Inventario de Burnout de Maslach

Tabla 4

Evaluación de las Dimensiones del Síndrome de Burnout en los participantes

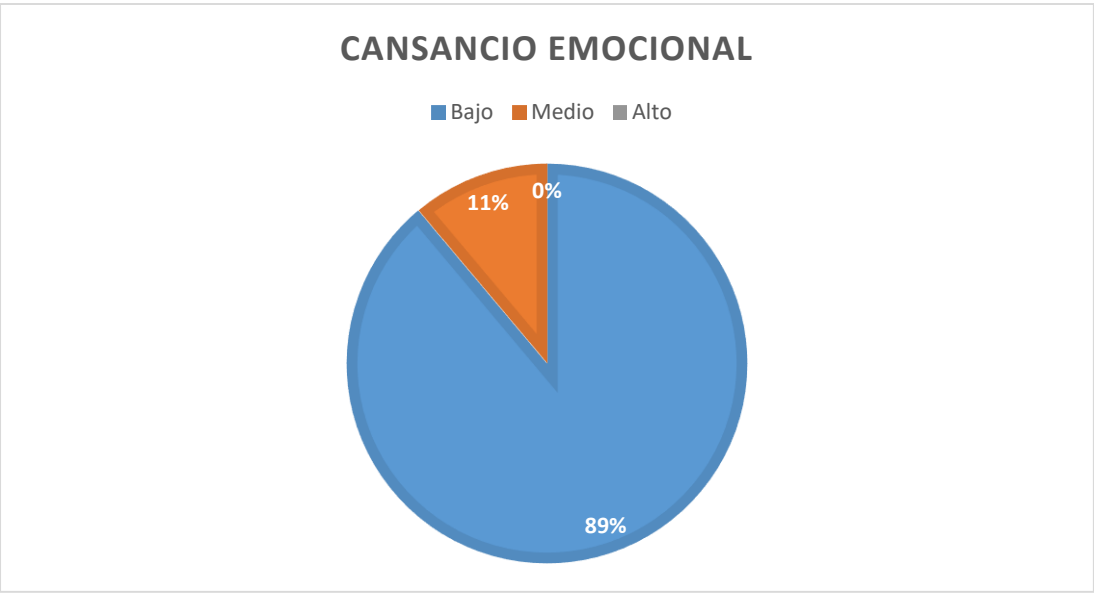
N° PARTICIPANTE	CANSANCIO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	REALIZACIÓN PERSONAL
Participante 1	9= bajo	2= bajo	46=alto
Participante 2	15=bajo	6=medio	43=alto
Participante 3	17=bajo	11=alto	43=alto
Participante 4	13=bajo	10=alto	47=alto
Participante 5	6=bajo	8=medio	43=alto
Participante 6	9=bajo	8=medio	48=alto
Participante 7	9=bajo	3=bajo	44=alto
Participante 8	2=bajo	4=bajo	48=alto
Participante 9	25=medio	13=alto	43=alto

Nota: datos brutos recopilados a través de la aplicación del Maslach Burnout Inventory (MBI)

Elaborado por autor

Figura 1

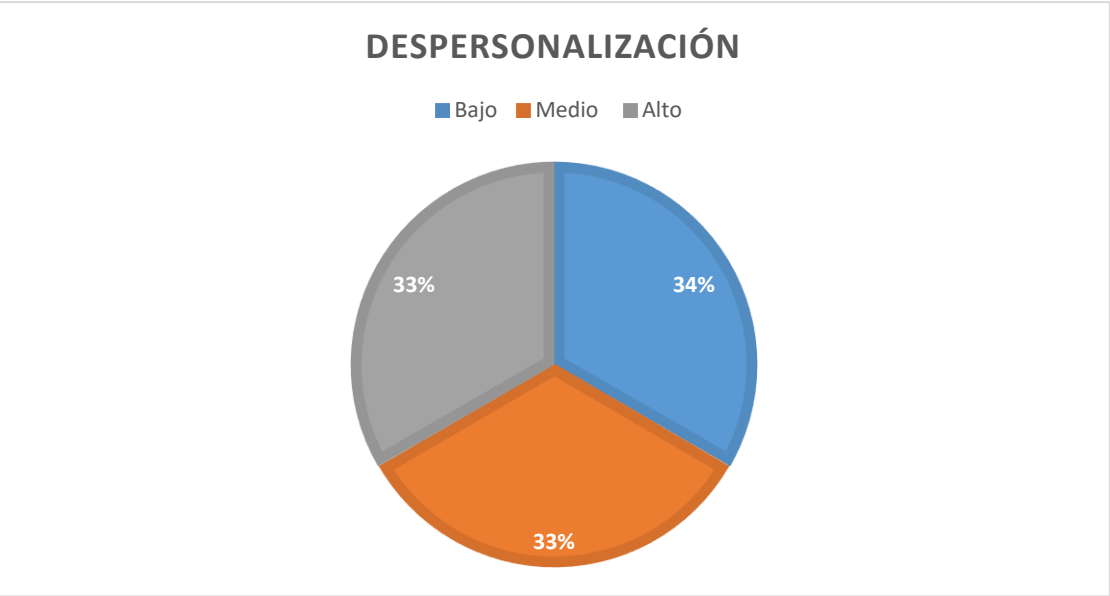
Nivel de Cansancio Emocional en los participantes



Nota: Valores porcentuales en cuestionario MBI
Elaborado por autor

Figura 2.

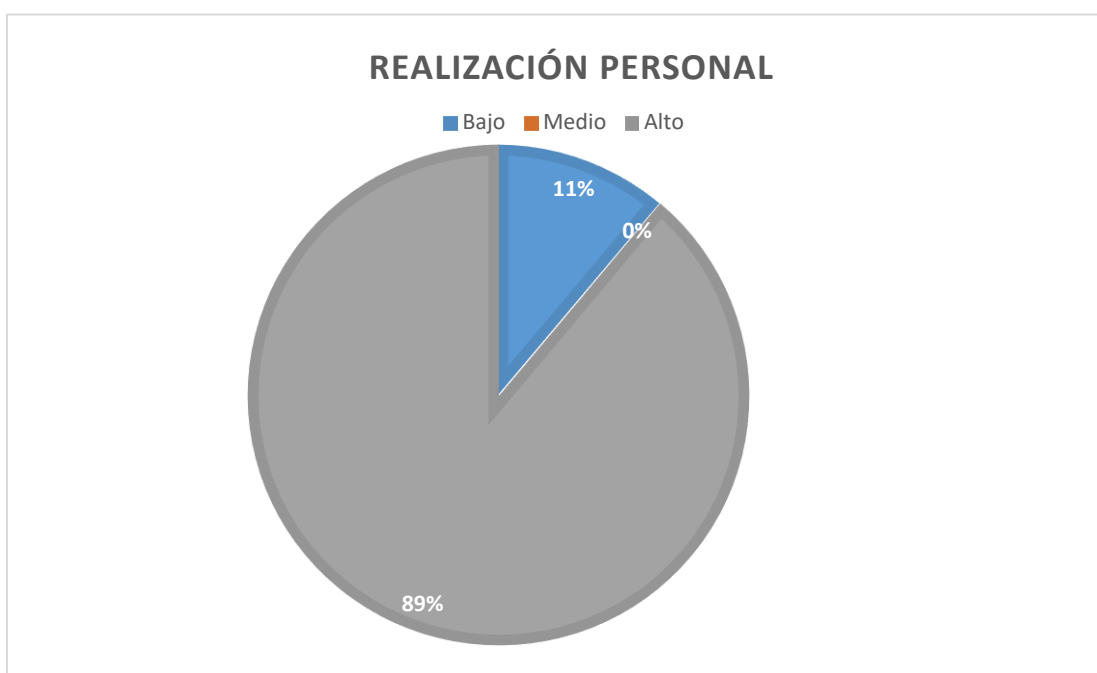
Nivel de Despersonalización en los participantes



Nota: Valores porcentuales en cuestionario MBI
Elaborado por autor

Figura 3.

Nivel de Realización personal en los participantes



Nota: dimensión de realización personal en los sujetos conforme a las respuestas del MBI mostrado en porcentajes.

Elaborado por autor

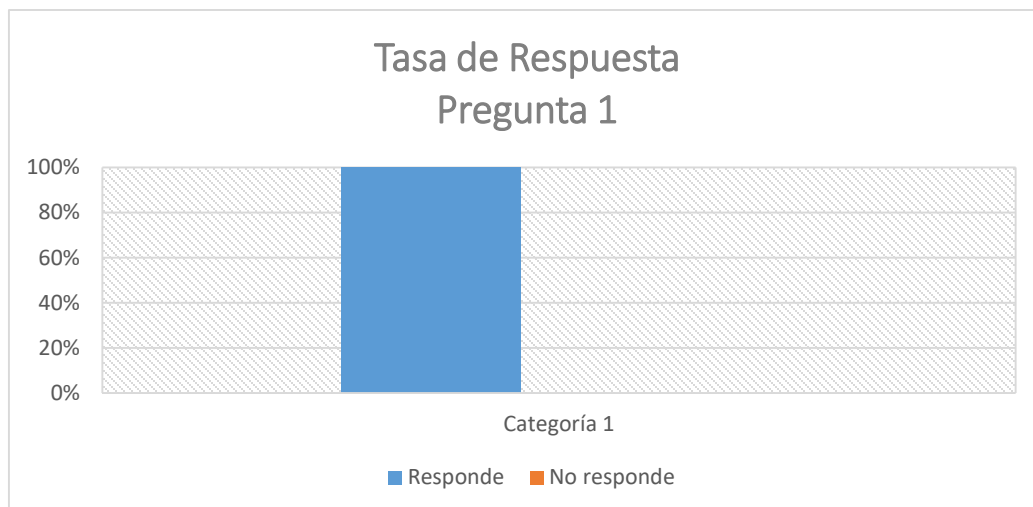
10.2 Resultados Obtenidos de la Entrevista Semiestructurada

La entrevista semiestructurada tuvo como objetivo evidenciar las fases del proceso de rehabilitación que podrían afectar al personal de salud del CETAD Libertad y ser promotoras del síndrome de burnout.

A continuación, se presentan las preguntas establecidas en dicha entrevista, además se indica la tasa de respuesta de cada una para facilitar el análisis posterior:

Figura 4.

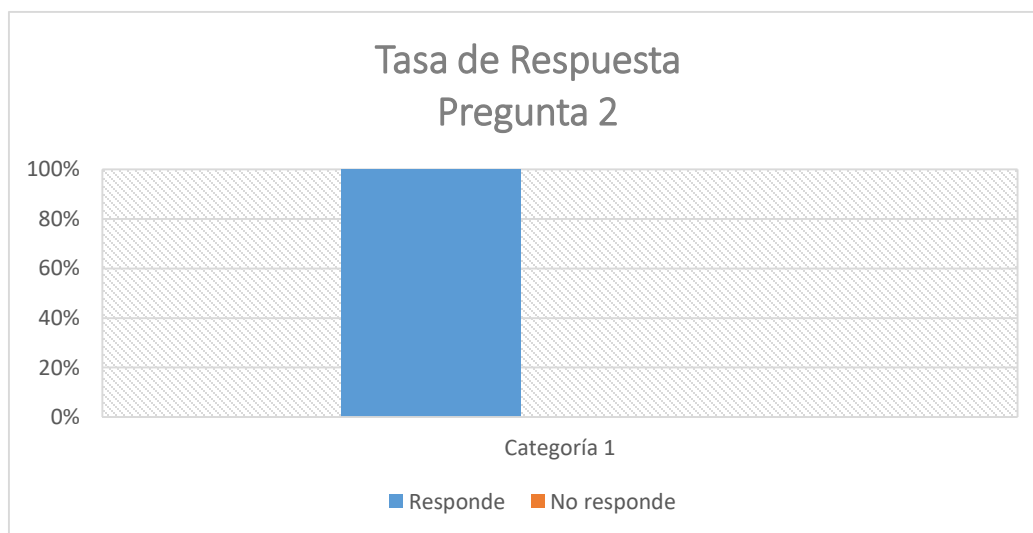
¿Dentro de la labor que usted realiza en el centro de rehabilitación “CETAD Libertad” identifica que existen fases de recuperación dentro del proceso?



Nota: respuestas obtenidas de la entrevista semiestructurada realizada a los participantes
Elaborado por autor

Figura 5.

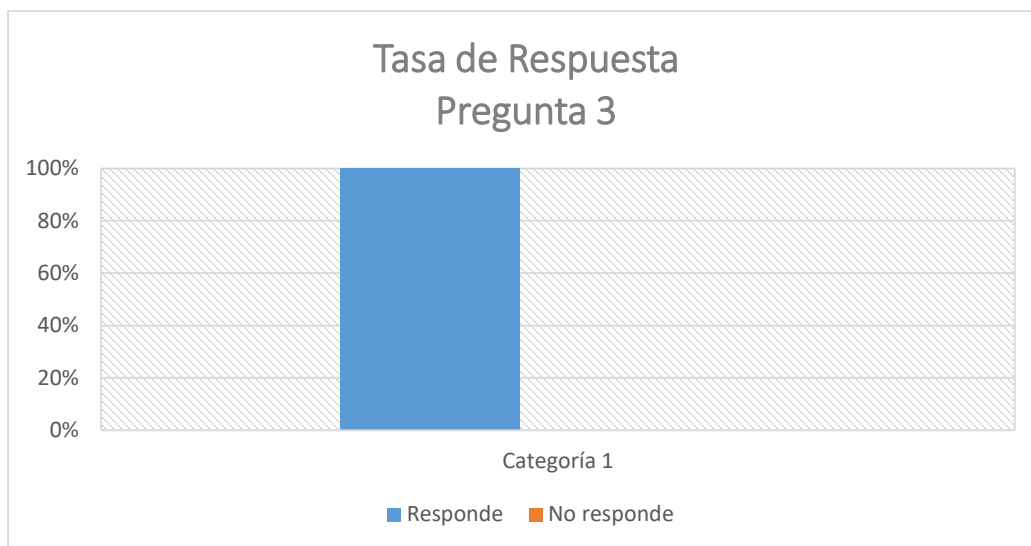
¿Conoce usted cuales son las fases de recuperación dentro del proceso?



Nota: respuestas obtenidas de la entrevista semiestructurada realizada a los participantes
Elaborado por autor

Figura 6.

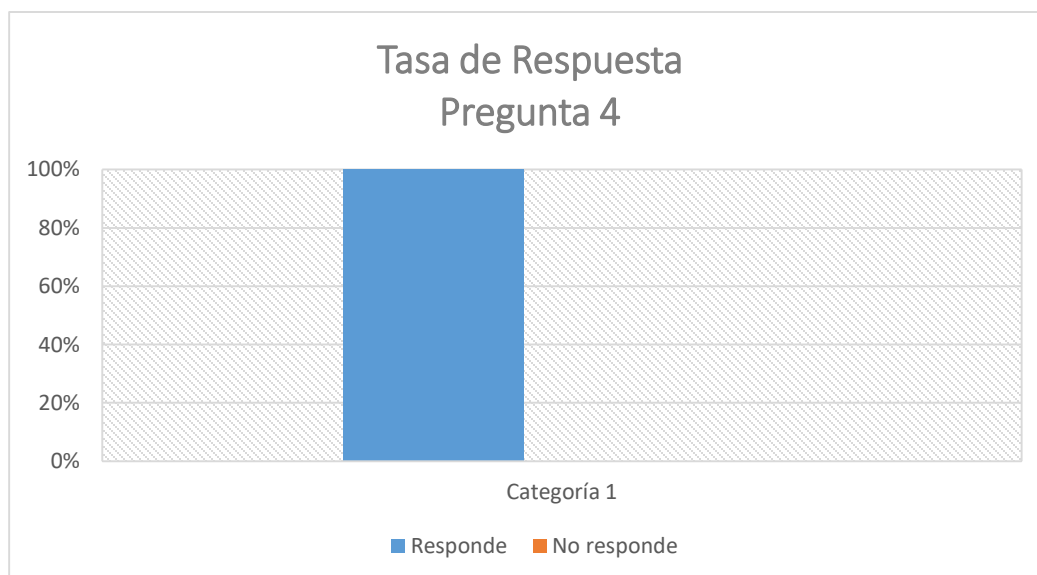
¿Usted considera que las fases son necesarias dentro del proceso de rehabilitación?



Nota: respuestas obtenidas de la entrevista semiestructurada realizada a los participantes
Elaborado por autor

Figura 7.

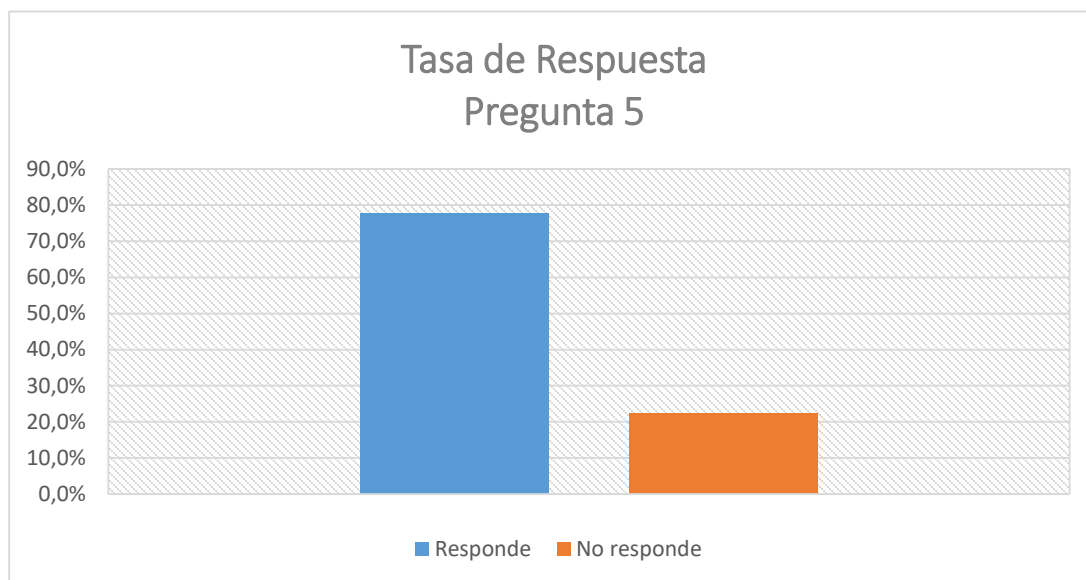
De la siguiente lista, ¿cuáles considera usted que son las habilidades necesarias para intervenir en estas fases? Empatía / Flexibilidad/



Nota: respuestas obtenidas de la entrevista semiestructurada realizada a los participantes
Elaborado por autor

Figura 8.

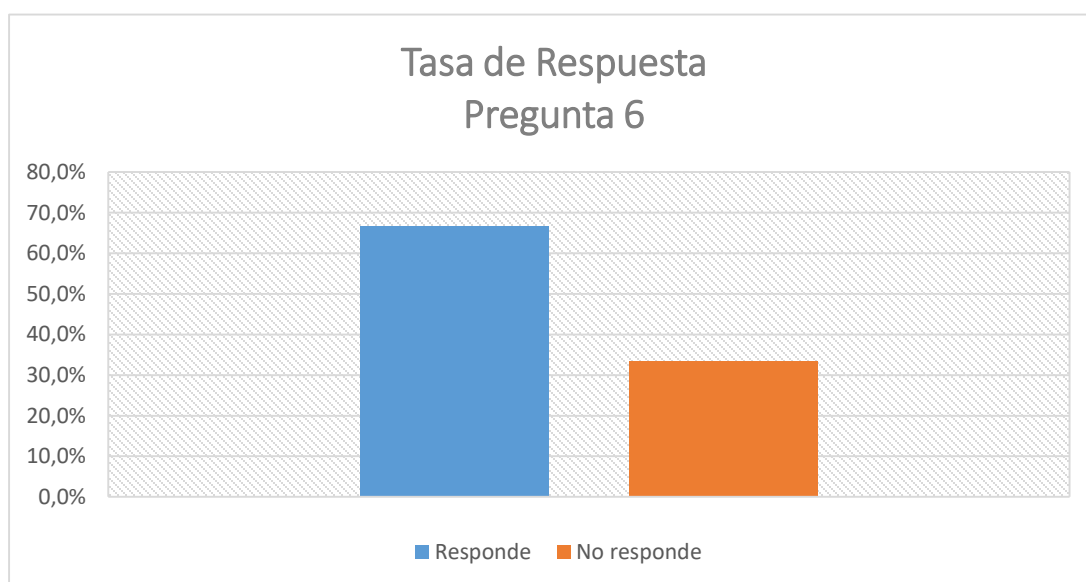
¿Según usted, cual fase presenta más dificultad, enuncie el nombre?



Nota: respuestas obtenidas de la entrevista semiestructurada realizada a los participantes
Elaborado por autor

Figura 9.

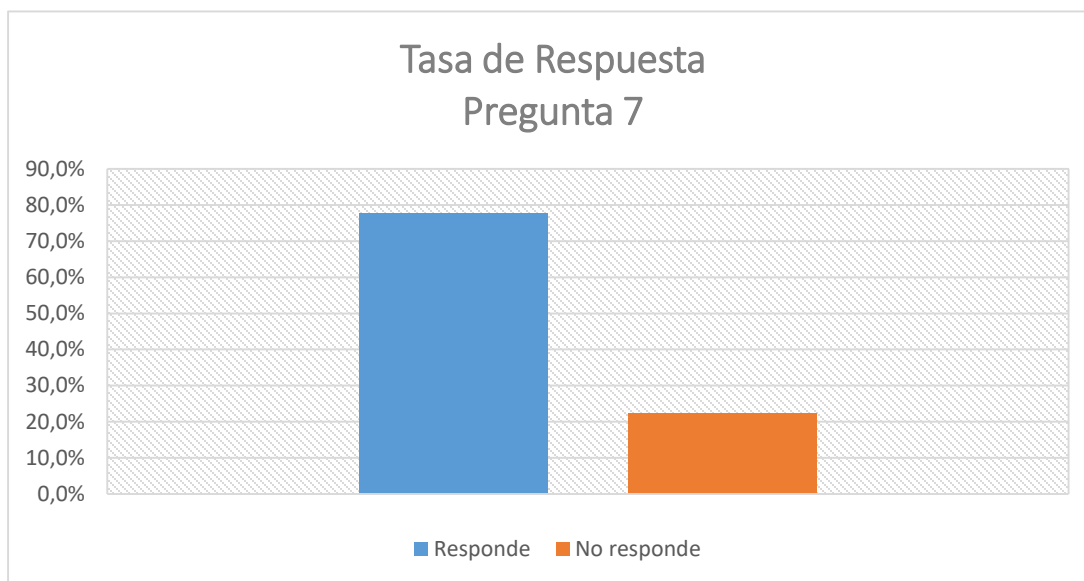
De la fase que selecciona anterior mente, ¿por qué presenta más dificultad?



Nota: respuestas obtenidas de la entrevista semiestructurada realizada a los participantes
Elaborado por autor

Figura 10.

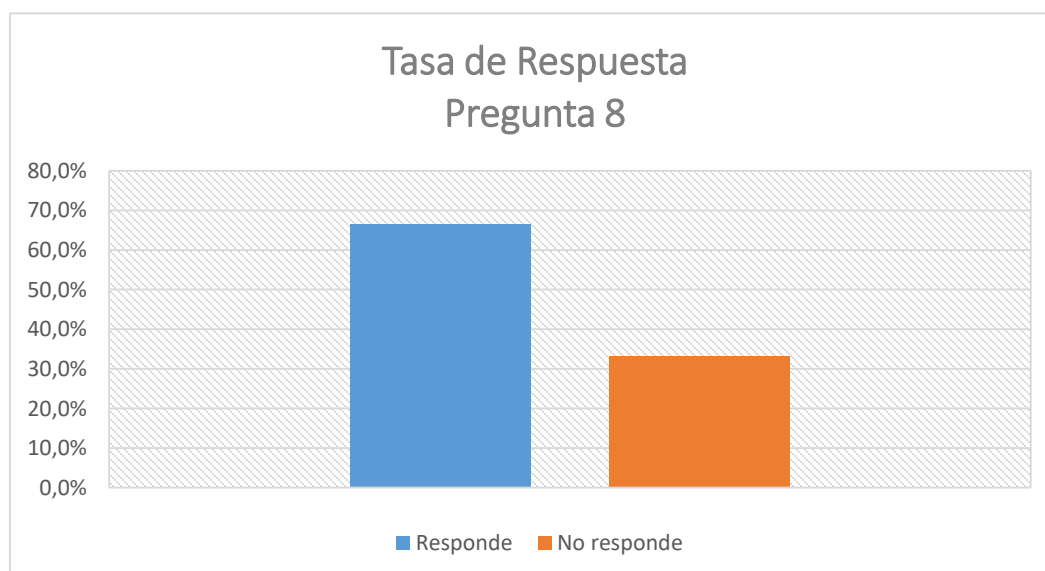
¿Cuál de las fases genera satisfacción al momento de trabajarla, enuncie el nombre?



Nota: respuestas obtenidas de la entrevista semiestructurada realizada a los participantes
Elaborado por autor

Figura 11.

¿Explique por qué la fase mencionada anterior mente le genera más satisfacción?



Nota: respuestas obtenidas de la entrevista semiestructurada realizada a los participantes
Elaborado por autor

10.2.1 Presentación de Respuestas por Participante

Tabla 5
Participante 1

Participante	N° de pregunta	Respuesta
Participante 1	1	Si
	2	Si
	3	Si
	4	Empatía, Flexibilidad, Seguridad, Conocimiento teórico, Apertura mental, Posición de autoridad, Escucha, Planificación, Comunicación, Habilidades sociales
	5	Fase 2
	6	“La fase de adaptación y desintoxicación, ya que el usuario se encuentra en un estado físico y psíquico sufriendo el proceso de síndrome de abstinencia, además psicológicamente se ejecutan los mecanismos de defensa de la enfermedad de la adicción tal como son la negación, racionalización, justificación y minimización donde la enfermedad continúa haciéndose presente e impidiendo la necesidad de ayuda y de derrota frente a ella” (Participante 1, 2020)
	7	Fase (?)
	8	“El usuario, luego de su proceso de internamiento continúa su proceso terapéutico con la reinserción a nivel familiar, social y laboral, donde el acompañamiento es fundamental para ir evaluando, modificando, diseñando estrategias de cambio y adecuación. El residente va alcanzando logros positivos a todo nivel vital y de transformación de vida tanto personal como familiar, haciendo realidad su plan de vida, ejecutando estrategias de afrontamiento, alcanzando y manteniendo el éxito”.

Nota: respuestas receptadas de manera virtual conforme a la opinión del participante

Elaborado por autor

Tabla 6
Participante 2

Participante	N° de pregunta	Respuesta
Participante 2	1	Si
	2	Si
	3	Si
	4	Empatía, Conocimiento teórico, Apertura mental, Escucha, Comunicación, Habilidades sociales.
	5	Fase 2 desintoxicación.
	6	“La desintoxicación es el proceso por el cual el paciente deja de consumir las sustancias a las que es adicto. En esta fase se requiere de una estricta supervisión médica para proveer de la medicación necesaria para minimizar la aparición de los diferentes síntomas de abstinencia. De igual manera, es importante mencionar que es la fase en la cual se presentan una serie de síntomas emocionales, psicológicos y comportamentales que requieren de la supervisión e intervención constante por parte de los diferentes especialistas. Una característica es que el paciente puede sentir miedo debido a la asimilación de lo que ha sido su vida durante el consumo; así como las repercusiones en las diferentes áreas de su vida”.
	7	Fase 4 reinserción.
	8	“Durante la fase de reinserción, que se presenta durante las últimas semanas del proceso de internamiento, se realiza una preparación tanto del paciente como de la familia para reinsertar al paciente a su entorno familiar y social. Se plantea la estructuración de un plan de vida realista en conjunto con el paciente, tomando en cuenta los recursos que ha adquirido y con los que cuenta para que se logre la funcionalidad de este dentro de la dinámica familiar y social. Además, se plantea el compromiso del paciente respecto al proceso de seguimiento tras la salida del Centro”.

Nota: respuestas receptadas de manera virtual conforme a la opinión del participante
Elaborado por autor

Tabla 7
Participante 3

Participante	N° de pregunta	Respuesta
Participante 3	1	Si
	2	Si
	3	Si
	4	“Empatía, Flexibilidad, Seguridad, Conocimiento teórico, Apertura mental, Escucha, Planificación, Comunicación, Habilidades sociales”
	5	Fase 2 adaptación
	6	“Porque la persona con problemas de adicciones está acostumbrada a llevar una vida desordenada y fuera de la realidad”.
	7	Fase 5 reinserción a la sociedad y su familia
	8	“Porque entramos y nos conectamos con la realidad y con nosotros mismo”.

Nota: respuestas receptadas de manera virtual conforme a la opinión del participante
Elaborado por autor

Tabla 8
Participante 4

Participante	N° de pregunta	Respuesta
Participante 4	1	Si
	2	Si
	3	Si
	4	Empatía, Conocimiento teórico, Escucha, Planificación, H. sociales.
	5	Fase 1 adaptación y desintoxicación.
	6	“La fase complicada es la fase de adaptación y desintoxicación, por el hecho de que el paciente ingresa a un proceso de recuperación donde en muchos de los casos no existe una conciencia de enfermedad, se mantiene la negación y el craving, por lo que como profesional debo iniciar un proceso de evaluación al paciente para

		conocer de qué manera intervenir terapéuticamente debido a que el proceso debe ser lo más individualizado posible”.
	7	Fase 3 reinserción y proyecto de vida.
	8	“Esta fase es sumamente satisfactoria debido a que en su mayoría ya tienen identificada su enfermedad (consumo), por lo que tienen la voluntad de recibir ayuda, contribuyendo de esta manera para que la adherencia al tratamiento sea la más alta posible, facilitando el mantenimiento del mismo y teniendo presente el riesgo de recaída, además inicia el proceso de terapia familiar para el regreso a su vida cotidiana normal”.

Nota: respuestas receptadas de manera virtual conforme a la opinión del participante

Elaborado por autor

Tabla 9

Participante 5

Participante	N° de pregunta	Respuesta
Participante 5	1	Si
	2	Si
	3	Si
	4	Empatía, Seguridad, Posición de autoridad, Escucha, Planificación, H. sociales
	5	Fase 1 adaptación y desintoxicación.
	6	“Porque es aquí donde se tiene que acostumbrarse a la nueva dinámica dentro del centro, ya no pueden hacer lo que ellos quieren, y su síndrome de abstinencia puede ser muy fuerte”.
	7	Fase 1 adaptación y desintoxicación.
	8	“Siempre me han gustado los retos y eso es para mí, me genera satisfacción el poder acompañar en lo más difícil del proceso y después ver a los internos mejor o más estables”.

Nota: respuestas receptadas de manera virtual conforme a la opinión del participante

Elaborado por autor

Tabla 10

Participante 6

Participante	N° de pregunta	Respuesta
Participante 6	1	Si
	2	Si
	3	Si
	4	Empatía, Seguridad, Apertura mental, Escucha, Comunicación.
	5	Sin respuesta
	6	Sin respuesta
	7	Sin respuesta
	8	Sin respuesta

Nota: respuestas receptadas de manera virtual conforme a la opinión del participante

Elaborado por autor

Tabla 11
Participante 7

Participante	N° de pregunta	Respuesta
Participante 7	1	Si
	2	Si
	3	Si
	4	Empatía, Flexibilidad, Seguridad, Conocimiento teórico, Apertura mental, Posición de autoridad, Escucha, Planificación, Comunicación, Habilidades sociales
	5	Fase 2
	6	Sin respuesta
	7	Fase 5
	8	Sin respuesta

Nota: respuestas receptadas de manera virtual conforme a la opinión del participante

Elaborado por autor

Tabla 12
Participante 8

Participante	N° de pregunta	Respuesta
Participante 8	1	Si
	2	No
	3	Si
	4	“Empatía, Flexibilidad, Seguridad, Conocimiento teórico, Apertura mental, Posición de autoridad, Escucha, Planificación, Comunicación, Habilidades sociales
	5	Fase 1
	6	La mayoría de los pacientes no confían en nadie y eso ocasiona que no tengan toda la predisposición que dicen tener cuando se internan, también sus cambios de ánimo no les permite adaptarse de la mejor manera”.
	7	Fase 5
	8	“La última etapa me genera satisfacción porque se puede ver mucho del trabajo que se ha logrado con ellos, y también como se reinsertan al mundo, los pacientes que llegan hasta esta fase suelen ser muy agradecidos, y lo comparten de manera abierta y me hace sentir que todo el trabajo ha valido la pena”.

Nota: respuestas receptadas de manera virtual conforme a la opinión del participante

Elaborado por autor

Tabla 13
Participante 9

Participante	N° de pregunta	Respuesta
Participante 9	1	Si
	2	No
	3	Si
	4	Empatía, Conocimiento teórico, Planificación, Comunicación.

	5	Sin respuesta
	6	Sin respuesta
	7	Sin respuesta
	8	Sin respuesta

Nota: respuestas receptadas de manera virtual conforme a la opinión del participante

Elaborado por autor

11. Análisis de los Resultados

El análisis descrito a continuación considera las siguientes categorías: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización personal, conforme a los tres componentes propuestas por Cristina Maslach (1976) , para determinar el nivel de burnout desarrollado por los profesionales que trabajan en el centro de rehabilitación CETAD “Libertad”, y su relación con las fases del proceso de rehabilitación.

11.1 Agotamiento emocional

De los nueve participantes, ocho presentaron un nivel bajo de agotamiento emocional, mostrando valores de entre 2 y 17 en la sumatoria total conforme a la escala de MBI. La doctora psiquiatra es la persona que presenta el nivel de cansancio emocional más bajo; mientras el noveno participante, que se desempeña en el cargo de guardia de seguridad, evidenció un nivel medio de agotamiento emocional. Esto quiere decir que el 88% de los participantes denotan un nivel bajo en agotamiento emocional y un 11.1 % muestra un nivel medio.

11.2 Despersonalización

Los resultados obtenidos en esta categoría son heterogéneos, y en general sus rangos oscilan entre 2 y 13 puntos conforme al MBI. De los nueve participantes, el 33,3%, correspondiente a tres participantes, muestra un nivel de despersonalización bajo, otro 33.3% tres denota un nivel medio

y el 33, 3% restante evidencia un nivel de despersonalización elevado. El nivel más bajo corresponde al participante uno, quién se desempeña como psicólogo clínico y el más alto corresponde al guardia de seguridad. No parece existir relación entre el grado de despersonalización y la profesión de los participantes.

11.3 Realización personal

La totalidad de los participantes evidencia una alta tasa de realización personal, la puntuación obtenida por los sujetos, oscila entre 43 y 48 conforme al MBI. El nivel más bajo dentro de este espectro está representado por el guardia de seguridad y el más elevado por la enfermera y la doctora psiquiatra.

11.4 Fases del Proceso de Rehabilitación

En cuanto a la entrevista aplicada, la totalidad de los participantes, es decir 100%, consideran que las fases dentro de los procesos de rehabilitación son necesarias y la mayoría (a excepción del guardia de seguridad) dice conocerlas. Las fases de rehabilitación, tal como lo mencionan Rodríguez Kuri & Nute Méndez (2013) son:

1. Evaluación, diagnóstico y acogimiento.
2. Adaptación y desintoxicación.
3. Psico-educación y Autoconocimiento.
4. Reinserción y Proyecto de Vida.
5. Seguimiento.

Cabe recalcar, sin embargo, que a pesar de que todos pretenden conocer las fases de rehabilitación, existen inconsistencias en las respuestas de los participantes. Por ejemplo, todos

describen la fase 2 como la fase más difícil, pero no todos identifican esta fase y algunos la confunden con la primera. Lo mismo ocurre con la fase de reinserción y proyecto de vida, algunos la mencionan como la fase 4 y otros como la fase 5; dichas discordancias denotan desconocimiento o confusión en cuanto al proceso de rehabilitación de personas con consumo problemático de sustancias. Además, no todos los participantes argumentaron sus respuestas, cuando se les preguntó el porqué de la elección de las fases consideradas como más difíciles y satisfactorias, tres participantes de los nueve no dieron respuesta a esta pregunta (la enfermera, el consejero terapéutico y el guardia de seguridad). Es decir, un 77.7% de los participantes responden a la pregunta 6 frente a un 22.2% que no da respuesta a esta pregunta. Podemos observar el mismo porcentaje para la pregunta 8.

En cuanto a la pregunta relacionada con el conocimiento sobre las fases de recuperación dentro del proceso, el 77.7% de los participantes responde que sí conoce cada etapa y 22.2% responde que no. La totalidad de los participantes, 100% responden con la afirmativa a la tercera pregunta.

El 88, 9% de los participantes (esto equivale a 8 de 9) respondió a la quinta pregunta- es decir aquella en donde se cuestiona sobre cuál es la fase de rehabilitación más complicada, de entre ellos, el 44,4% aduce que la fase 2 de adaptación y desintoxicación es la más compleja (aunque no todos la llamen de ese modo). El 33.3% de los participantes respondió que la fase más complicada dentro del proceso de rehabilitación es la primera fase, mientras el 22.2% restante, dejó esta pregunta sin respuesta. Entre las principales razones mencionadas por los participantes para la elección de la fase 2 se encuentran: la dificultad física y emocional frente a la cual se encuentran los pacientes en abstinencia y la necesidad del personal de aportar cuidados y apoyo constantes.

En cuanto a la fase más satisfactoria, el 77.8%, respondió que se trata de la fase cuatro (aunque no todos la identifiquen de ese modo), es decir aquella que tiene que ver con la reinserción y proyecto de vida. Las razones que justifican tal repuesta son el hecho de que los profesionales de salud son testigos del progreso positivo que se ha realizado con el paciente, mencionan los planes de vida y la reinserción social como momentos particularmente satisfactorios. Por su parte, el 11.1% respondió que la fase más satisfactoria es la primera. El porcentaje restante hizo alusión a la fase cinco.

Dentro de las habilidades que los participantes consideran como necesarias para este trabajo, las que se destacan son la empatía, la escucha, la planificación, el conocimiento teórico y las habilidades sociales; seguidos por la seguridad, la apertura mental y la comunicación. Las habilidades que no parecen tener mayor importancia son la flexibilidad y la posición de autoridad. Cabe recalcar que el 100% de los participantes respondió que la empatía es una habilidad necesaria. El 66.6 % hizo referencia a la seguridad, el 77.7% erigió los conocimientos teóricos como primordiales, el 66.6% escogió la apertura mental, 55.5% votó por la posición de autoridad, el 88.8% por la escucha y la planificación, al igual que la comunicación y las habilidades sociales obtuvieron 77.7%.

12. Interpretación de los Resultados

12.1 Inventario de Burnout de Maslach

Para determinar el nivel de burnout de una persona, es necesario tomar en consideración los puntos de corte establecidos en el MBI. Acorde a Sabbah et al. (2012):

se considera que existe burnout cuando se obtienen puntuaciones altas en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, y bajas en realización personal; de modo

que los resultados son considerados altos si se encuentran en el tercio superior de la distribución normativa, mediano si están en el tercio medio y bajo si están en el tercio inferior poder diagnosticar el trastorno de burnout (p. 645).

Tomando en consideración estas directrices, se ha podido determinar, que los participantes de este estudio, muestran que de manera general, un nivel bajo de agotamiento emocional y un alto grado de realización personal, por lo que no se cumplen los criterios diagnósticos del síndrome en ninguno de los participantes. Resulta llamativo que a pesar del rol que cada uno de los participantes desempeña y la complejidad del proceso de rehabilitación, los niveles de Realización Personal sean elevados. Estos resultados permiten inferir que cada uno de los sujetos que laboran en este centro de rehabilitación (enfermera, psiquiatra, terapeutas, consejero, coordinador, guardia y psicólogos) consideran que su trabajo tiene un rol importante dentro de la recuperación del paciente y que lo que hacen tiene valor y significado. Este aspecto juega un papel determinante en la prevención del síndrome.

En tal sentido, los resultados obtenidos a través del MBI, contradicen la hipótesis propuesta al inicio de este estudio: “Los profesionales del centro de salud CETAD Libertad, durante la fase de rehabilitación y desintoxicación podrían experimentar cansancio emocional y estrés laboral debido a la afectación física y emocional que atraviesa el paciente”, ya que contrariamente a lo esperado, las puntuaciones no resultaron altamente significativas respecto a la presencia del síndrome.

Empero, es preciso señalar que si bien el resultado global muestra que no existe prevalencia del síndrome en estos profesionales, al analizar las dimensiones del MBI por separado se hallaron elementos de discusión importantes, por ejemplo, se encontró que si bien los niveles de agotamiento emocional son bajos en todos los casos, si existe un nivel de despersonalización, entre

medio y alto en esta muestra. Dadas, las características de trabajo propia de los centros de rehabilitación, se puede conjeturar, que el cinismo o el desarrollo de actitudes, en cierta medida insensibles hacia los destinatarios del servicio, podría haberse convertido en un recurso de protección para los profesionales del centro ya que les permite resguardarse de la desilusión y del agotamiento. Puede cuestionarse entonces, si el nivel de despersonalización que aparece a través de este cuestionario muestra una falta de concientización del real agotamiento del personal o si es una estrategia para protegerse de este último.

Asimismo, al realizar una análisis exhaustivo a nivel individual, se ha considerado relevante, tomar en cuenta ciertos aspectos encontrados en el personal del centro, que a simple vista pueden pasar desapercibidos; por ejemplo, en el caso del guardia de seguridad, si bien no se cumplen los criterios para un diagnóstico de burnout, es la persona que presenta el más alto nivel de agotamiento emocional, dentro de los participantes, (25 en la escala de Maslach), además el sujeto posee un nivel de despersonalización alto (el más alto del grupo) con una puntuación de 13 según la escala de Maslach, y a pesar de que su nivel de realización personal es alto, lo cual puede constituirse en un factor protector, se tiene que considerar, que los altos niveles de realización pueden también ser pautas que indican que el individuo puede estarse dirigiendo hacia el burnout años más tarde.

Como se explicó en el marco conceptual, el burnout es un proceso largo que tiene varias fases. La primera es aquella en donde el empleo es esta altamente satisfactorio y el trabajo se vuelve central en la vida de la persona. El individuo da todo de sí, de manera muy motivada. Sin embargo, si las retribuciones, reconocimientos y resultados no están al nivel del compromiso laboral del empleado, la fatiga puede presentarse. Se preverá en muchos casos que después de un inicio energético, si esto sucede, los niveles de agotamiento emocional y despersonalización aumenten.

Se puede entonces, establecer la hipótesis de que a pesar de no existir un diagnóstico positivo para el síndrome de burnout, posiblemente algunos de los sujetos posiblemente puedan encontrarse en las primeras fases del proceso de instalación de este síndrome.

En el caso del participante que se desempeña como guardia de seguridad, los resultados se pueden explicar por el rol y responsabilidades específicas de su cargo. Por un lado, su trabajo es polifuncional y puede llegar a ser demandante, no solo por ser el responsable de la seguridad de los pacientes, sino porque además, debe vivir de manera permanente en el centro, teniendo solo uno o dos días libres durante la semana, esto quiere decir que no cuenta con un espacio personal fuera del lugar de trabajo para separarse de sus funciones laborales, con lo que el cansancio, estrés y agotamiento emocional se presentan con mayor rapidez e intensidad. Como consecuencia, suele ser el primero en confrontarse con los estados emocionales de los pacientes o tener que lidiar con los problemas graves de las personas con consumo problemático de sustancias. Asimismo, en el caso de este participante, se ha encontrado que además de sus tareas como guardia, realiza tareas como barrer, arreglar ventanas rotas, etc. si el tiempo se lo permite; es decir, su rol no está claramente definido y realiza tareas para las que no está necesariamente formado. En el estudio se mencionó que estas pueden llegar a ser causas para un eventual burnout. Esto explicaría porque su rol pueda ser más agotador y al mismo tiempo que necesite la herramienta de la despersonalización de manera más acentuada.

Al inverso, la doctora psiquiatra posee los niveles de agotamiento emocional y despersonalización más bajos y el nivel de realización personal más elevado. Dentro del marco conceptual se emitió mencionó que, que un nivel más alto de formación, podría generar herramientas y actitudes para contrarrestar el agotamiento emocional y el burnout. Estos factores podrían explicar en cierta medida, por qué la psiquiatra del centro ha obtenido estos resultados, su

formación y sus conocimientos le permiten tal vez generar directa y espontáneamente los recursos necesarios.

Lo expuesto anteriormente, nos permite considerar que no se ha podido establecer de manera clara y evidente la existencia de una relación entre los niveles de agotamiento emocional, despersonalización, realización personal y la profesión con el cuestionario, deben existir tal vez factores influyentes. Sin embargo, para esclarecer este planteamiento, sería necesario generar una investigación más amplia que cuente con una muestra estadísticamente significativa y que tome participantes de distintos centros de rehabilitación en nuestro medio.

12.2 Entrevista Semiestructurada

Los resultados muestran ciertas inconsistencias que vale la pena recalcar. Para empezar, por un lado, se notó que existe un nivel medio de despersonalización, pero, por el otro, todos los participantes respondieron que la empatía es una habilidad necesaria en este trabajo. ¿Cómo conciliar los dos? Esto parece problemático porque si se considera que la empatía es una habilidad necesaria para ocuparse de los pacientes, no podría haber despersonalización. La despersonalización implica que el paciente ya no sea realmente tratado como un individuo único, como un ser humano con emociones y sentimientos propios. Es interesante entonces notar que la mayoría de los participantes hayan dicho que la empatía y la escucha son centrales dentro del proceso de desintoxicación, a pesar de lo contradictorio de los resultados de la escala, estos datos, permiten presumir, que posiblemente los profesionales de salud del centro de rehabilitación, si bien reconocen la importancia de establecer una relación empática con los pacientes, estén empezando a cansarse y a poner en marcha este recurso para protegerse emocionalmente.

Una de las hipótesis de trabajo fue que los centros de rehabilitación, por ser lugares en donde los pacientes pueden ser muy difíciles de gestionar, generarían un gran cansancio emocional.

No es el caso del centro “CETAD Libertad”, y esto se puede explicar gracias al nivel de despersonalización. Probablemente se ha utilizado la despersonalización como una herramienta para evitar el agotamiento emocional característico de sitios de trabajo como este.

Otra incoherencia surge, en relación con las preguntas 5 a 8 ya que, se mencionó anteriormente, no todos los participantes identifican las fases del proceso de rehabilitación de la misma manera. Todos los participantes (a excepción del guardia) respondieron conocer las fases del proceso; pero, sus respuestas denotan que su conocimiento no es del todo acertado. A esto se puede aumentar la falta de respuestas a las preguntas 7 y 8 sobre el porqué de la elección de dichas fases. Podemos conjeturar que los participantes no dieron respuesta porque se sintieron en la incapacidad de poner en palabras una justificación válida. Esto puede deberse a que no estén lo suficientemente familiarizados con los procesos y objetivos de cada fase, aun cuando son primordiales en el proceso.

Por otro lado, el hecho de que casi la totalidad de los participantes haya respondido a las preguntas 5 y 8 de la misma manera, muestra una cierta coherencia en las vivencias y experiencias de los profesionales de este centro de rehabilitación. Uno de los objetivos de este estudio era determinar qué es lo que más afecta a los profesionales del CETAD Libertad en relación con las fases del proceso de rehabilitación de los pacientes; a esta interrogante, la mayoría de los profesionales respondió que la fase más compleja y desagradable tiene que ver con la adaptación y desintoxicación de los pacientes. El hecho de que esta fase haya sido escogida por casi la totalidad de los participantes como la etapa más difícil de todas está en acorde con ciertos puntos de análisis e hipótesis mencionados en el estudio. En efecto, se comentó que la desintoxicación puede ser un momento muy sensible tanto para las personas con consumo problemático de sustancias, como para los profesionales de salud puesto que los primeros pueden presentarse irritables, violentos,

con mala voluntad, en negación y puede sufrir fuertes síntomas de abstinencia, de hecho, los participantes mencionaron en sus respuestas, al síndrome de abstinencia como el momento difícil dentro del proceso de rehabilitación. Con todo esto, la fase 2, parecería ser aquella que necesita de la mayor atención y cuidados de parte de los profesionales de salud. No obstante, se consideró, que si bien estos momentos del proceso tendrían un efecto más agotador sobre los profesionales, el grado de demanda laboral, no llega al punto de generar estrés laboral o cansancio crónico.

Resulta relevante mencionar, que incluso uno de los participantes llegó a nombrar a esta fase como la etapa más difícil pero también como aquella que le genera más satisfacción. Esto puede explicarse porque la dificultad encontrada en vez de ser vista como un obstáculo agotante es percibida y vivida como algo motivador, como una situación que demanda poner su empeño y energía. En consecuencia, se podría afirmar, que el nivel de motivación dentro del centro de rehabilitación es bastante elevado.

Asimismo existe un consenso, en que la fase 4 de adaptación y reinserción es la más satisfactoria del proceso. Esto explica de manera evidente porque el nivel de realización personal dentro del centro de rehabilitación CETAD “Libertad” es tan elevado y está en acorde con el planteamiento del problema de esta investigación. Las fases “positivas” del proceso de rehabilitación llegan a ser más representativas que las fases difíciles porque el personal llega a sentir el progreso, el avance y los logros de su trabajo y el de los pacientes. La sensación de realización personal es tan alta que trabajar las fases difíciles llega a valer la pena. Parecería que a todos los participantes les conmueve particularmente ver como poco a poco los pacientes empiezan a reinsertarse tanto dentro de su familia como dentro de la sociedad. El ver un gran cambio entre el inicio de la terapia y el final, es ver como sus pacientes han sanado y eso conlleva a sentir y ver

resultados positivos tangibles y sentir que el trabajo y el esfuerzo hechos valen la pena, tienen un sentir y dan resultado.

Finalmente, se debe mencionar que ninguno de los participantes hizo alusión alguna a las recaídas. Otra de las hipótesis de este trabajo era que el porcentaje de recaídas de los pacientes sería un factor importante y jugaría un rol central dentro del cansancio de los profesionales de salud. Sin embargo, parecería que las recaídas no tienen mayor incidencia dentro de las medidas de los niveles de burnout del personal. Esto se puede explicar porque, por un lado, dentro de dicho centro el porcentaje de recaídas no es tan elevado, y por otro, ya que cuando hay recaídas las mejoras suelen ser rápidas y exitosas. Esto hace que la sensación de inutilidad, frustración y desgaste que se mencionó dentro del cuadro conceptual no se presenten.

13. Conclusiones

La presente investigación arroja como resultado que el personal que labora en el centro de rehabilitación CETAD Libertad, no presenta signos representativos que indiquen presencia del síndrome de burnout, esto se pudo evidenciar a través de la aplicación del inventario de burnout de Maslach (MBI). Además, se encontró que la totalidad de participantes, poseen un alto grado de realización personal, lo que se podría considerar como una herramienta beneficiosa contra las posibles afectaciones del síndrome de burnout y explicaría los resultados de este estudio.

Sin embargo, se ha de tener en consideración, que un porcentaje menor de participantes, si bien no cumplen los criterios para el diagnóstico del Síndrome de Burnout, si presenta una tendencia al padecimiento en un futuro pues se han encontrado niveles limítrofes en cuanto al cansancio emocional (25 puntos), y un alto nivel de despersonalización (13 puntos).

En cuanto al nivel de afectación que pueden padecer los profesionales en el proceso de rehabilitación, se encontró que la fase que se considera más compleja o agobiante- conforme a la

opinión del personal-, corresponde a la etapa 2 de adaptación y desintoxicación, dado el estado físico, psíquico y emocional en que llegan las personas con problemas de consumo de sustancias al centro de rehabilitación, además de lo difícil que puede resultar manejar el síndrome de abstinencia en este periodo; aun así, los participantes parecen poseer recursos de protección suficientes para superar los retos que este proceso requiere, de manera que no han llegado a desarrollar un estado de estrés o fatiga crónica, a esto se suma, el hecho de que en el transcurso de la recuperación, también existen etapas satisfactorias o gratificantes, como la fase de reinserción de los pacientes, lo cual genera un sentimiento de valía frente al trabajo realizado y una sensación de retribución lo suficientemente intensa como para motivar al personal a continuar su labor.

Con base en estos resultados, se pudo concluir que aun con la complejidad que representa el trabajo con personas en consumo, los participantes encuentran suficiente motivación en el rol que cumplen y los resultados que se obtienen al guiar a estos pacientes en el proceso, demostrando un alto grado de responsabilidad, compromiso y vocación en pos del bienestar integral de los destinatarios de sus servicios, en consecuencia, su nivel de realización personal, en general es alto. Entre las características halladas en esta muestra, para mantener un elevado grado de Realización Personal, figuran: el conocimiento acerca del trastorno y del entorno de la persona en consumo, poseer herramientas terapéuticas adecuadas para guiar el proceso, un alto nivel de motivación, encontrarse orientados al logro, desarrollar factores de protección a nivel personal y ambiental y encontrar gratificación en la labor realizada.

No obstante los resultados, se pudo determinar que existe cierto nivel de desconocimiento en el personal acerca de las fases estandarizadas del proceso de rehabilitación, lo cual puede derivar, desde luego en ciertas dificultades en la realización de sus labores.

Ahora bien, al analizar el componente de Agotamiento Emocional, para responder a uno de los objetivos planteados, se debe mencionar, que si bien ninguno de los participantes muestra altos niveles en este componente, si se encontraron ciertos factores que pueden influir en la generación futura de cansancio emocional; como es el caso de uno de los sujetos de la muestra, quién por lo demandante de su cargo, mantiene: una jornada laboral extendida, responsabilidades escasamente definidas por lo que se involucra en tareas que no son de su competencia, ausencia de un espacio personal para el sano esparcimiento y para cuidar sus necesidades personales, y un exacerbado nivel de responsabilidad. Todas estas concausas, han sido definidas por la literatura como promotoras del síndrome de burnout a largo plazo.

Por último, se ha de precisar que este estudio se realizó durante la crisis sanitaria a raíz de la pandemia del Covid-19. Una consecuencia de esta circunstancia fue que el número de internos en el centro de rehabilitación “CETAD Libertad” no es el mismo que suele ser habitualmente: de 15 pacientes, al momento del estudio solo permanecían en internamiento 5. Se considera que este factor, pudo tener cierta influencia en las respuestas de los profesionales de salud y por lo tanto en los resultados finales para medir el nivel de burnout general dentro del centro.

14. Recomendaciones

Es menester monitorear en lo posterior los niveles de despersonalización elevados ya que son indicadores de que si no se toman en cuenta y coexisten con otros factores podría generar sintomatología relacionada con el Síndrome de Burnout. Al no ser posible establecer una correlación entre los roles profesionales de cada uno y los niveles de fatiga, surge la necesidad de un análisis más específico de los resultados del personal de seguridad ya que se apartan del resto.

Asimismo, se recomienda que en próximas investigaciones se realicen investigaciones con mayor alcance, tomando personal de varios centros de salud, de manera que se cuente con una muestra estadísticamente significativa que pueda proveer resultados confiables, para así poder determinar de manera mucho más clara si existe alguna correlación entre el rol, profesión o nivel de formación y el afrontamiento del estrés o fatiga crónica.

Lista de Referencias

- Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCES). (2020). *Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCES)*. Ministerio de Salud Pública. <https://www.gob.ec/uafe>
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., & Domínguez, V. (2004). Burnout syndrome among nursing staff at a Hospital in Madrid. *Revista Espanola de Salud Publica*, 78(4), 505–516. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272004000400008>
- Atance, J. C. (1997). Epidemiological aspects of the Burnout Syndrome in health workers. *Revista Espanola de Salud Publica*, 71(3), 293–303. <https://doi.org/10.1590/s1135-57271997000300008>
- Barría Muñoz, J. (2002). Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile. '. *Psiquiatria.Com*, 6(4), 1–26.
- Becoña, E., & Cortés, M. (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. In *Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad*. <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- Benevides-Pereira, A. M., Porto-Martins, P. C., & Basso, P. (2010). Síndrome de Burnout en psicólogos clínicos. *11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010*.
- Brich, P. (2003). The Need for an operational Definition of Burnout. *Family and Community Health*, 6, 12–24. <https://doi.org/10.4236/sm.2015.51001>
- Buzzetti, M. (2005). *Validación Del Maslach Burnout Inventory (MBI), en Dirigentes Del Colegio De Profesores A . G . De Chile (Tesis de pregrado)*. Universidad de Chile.
- Carlotto, M., & Goncalves, S. (2006). Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory ñ Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros. *Psico USF*, 11(2), 167–173.
- Cherniss, C. (1983). Sta Burnout : Job Stress in the Human Services. *Children & Schools*, 5(4).
- De las Cuevas Castressana, C. (2003). Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5(2), 107–113.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación En Educación Médica*, 2(7), 162–167. <https://doi.org/10.1109/IAEAC.2017.8054186>
- Díaz, F., & Gómez, I. (2016). La investigación sobre el Síndrome de Burnout en Latinoamérica entre 2000 y 2010. *Psicología Desde El Caribe*, 33(1), 113–131. <https://doi.org/10.4324/9780203497470-12>
- Dueñas, M., Merma, L., & Ucharico, R. (2003). Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna. *Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana*, 8(1), 34–38.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1984). Review of Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions; Burnout and health professionals: Manifestations and management; and Stress,

- health and psychological problems in the major professions. *Family Systems Medicine*, 2(4), 444–448. <https://doi.org/10.1037/h0091836>
- Etzion, D. (1987). Burning out in management: A comparison of women and men in matched organizational positions. *Special Issue: Women in Israel*, 5(1–2), 147–163. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc3&NEWS=N&AN=1989-34896-001>
- Folgueiras, P. (2017). La Entrevista. *Educacao e Pesquisa*, 43(1), 289–295. <https://doi.org/10.2307/j.ctv7fmfjk.12>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn - Out. *Journal of Social Issues*, 30(1).
- Garzón, D. (2017). *Consumi de drogas en adolescentes, factores de riesgo relacionados con recaídas (Tesis de grado)*. Universidad de Guayaquil.
- Gil-monte, P., & Moreno-Jimenez, B. (2007). *El Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) grupos profesionales de riesgo*. Ediciones Pirámide. <https://doi.org/10.13140/2.1.2517.7285>
- Gil-monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar: Vol. XXV*. Ediciones Pirámide. <https://doi.org/10.13140/2.1.4614.8806>
- Gil-Monte, P. R., Viotti, S., & Converso, D. (2017). Propiedades psicométricas del “Cuestionario para Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT) en profesionales de la salud italianos: una perspectiva de género. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, 23(2), 153–169. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n2.01>
- Gomero, R., Palomino, J., Ruiz, F., & LLap, C. (2005). El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: Estudio Piloto. *Revista Medica Herediana*, 16(4), 233. <https://doi.org/10.20453/rmh.v16i4.801>
- Gómez, M. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Editorial Brujas.
- Hallsten, L. (1993). Burning Out: a Framework. W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Series in Applied Psychology: Social Issues and Questions. Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*, 95–113. <https://doi.org/10.4324/9781315227979-8>
- Hamui-Sutton, A. (2013). Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Investigación En Educación Médica*, 2(8), 211–216. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000400006&script=sci_arttext&tlng=pt
- Haute Autorité de Santé. (2020). *Burnout – Repérage et prise en charge*. https://www.has-sante.fr/Jcms/Pprd_2974265/Fr/Burnout-Reperage-et-Prise-En-Charge
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, M. del P. (2010). *Metodología de la Investigación* (McGraw-Hill Companies (ed.)).
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6th ed.). McGraw Hill.

- Leiter, M. P., & Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress, & Coping*, 7(4), 357–373. <https://doi.org/10.1080/10615809408249357>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297–308. <https://doi.org/10.1002/job.4030090402>
- Martínez, A. (2010). El Síndrome de Burnout. Evolución Conceptual y Estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 122. <https://doi.org/10.17238/issn2227-6564.2016.2.149>
- Martínez Plaza, C. (2010). El estrés laboral como factor de riesgo de suicidio (III). *Gestión Práctica de Riesgos La- Borales*, 76, 36–41.
- Maslach, C. (1976). Burned-Out. *Human Relations*, 9(5), 16–22.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behaviour*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Miravalles, J. (1986). Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. *Gabinete Psicológico*.
- Munley, A. (1985). Sources of hospice staff stress and how to cope with it. *Nursing Clinics of North America*, 20(2), 343–355.
- Nabitz, U., Zwijsenburg, W., & van der Voet, S. (1996). Job satisfaction of the personnel of the addiction treatment center Jellinek. *Amsterdam Institute for Addiction Research*.
- Neffa, J. (1999). Actividad, trabajo y empleo: algunas reflexiones sobre un tema en debate. *Universidad Nacional de La Plata*, 1, 127–162.
- Organización de los Estados Americanos. (2013). Drogas y Salud Pública. *El Problema de Las Drogas En Las Americas: Estudios*, 79.
- Osuna Paredes, M., Medina Carrillo, L., Romero Paredes, J., & Alvarez Alvarez, M. (2009). Prevalencia del síndrome Burnout en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 24 de Tepic, Nayarit, México. *Atención Familiar*, 16(2), 24–27. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2009.2.16335>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227–232. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Pera, G., & Serra-Prat, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, 16(6), 480–486. [https://doi.org/10.1016/s0213-9111\(02\)71968-7](https://doi.org/10.1016/s0213-9111(02)71968-7)
- Pérez, C., Parra, P., Fasce, E., Ortiz, L., Bastías, N., & Bustamante, C. (2012). Estructura Factorial y Confiabilidad del Inventario de Burnout De Maslach En Universitarios Chilenos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI, núm.(0327–6716), 255–263.
- Pines, A. (1993). Burnout: An existential perspective. *Series in Applied Psychology: Social Issues and Questions*, 33–51. <https://www.apa.org>

- Quiceno, J., & Vinaccia Alpi, S. (2007). Burnout: “Síndrome de Quemarse en el trabajo (SQT).” *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 117–125. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2013.0001.05>
- Rodríguez Kuri, S. E., & Nute Méndez, L. D. (2013). Reinserción Social de Usuarios de Drogas en Rehabilitación. Una Revisión Bibliográfica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacal*, 16(1), 189–213.
- Sabbah, I., Sabbah, H., Sabbah, S., Akoum, H., & Droubi, N. (2012). Burnout among Lebanese nurses: Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS). *Health*, 04(09), 644–652. <https://doi.org/10.4236/health.2012.49101>
- Stavroula, L., Griffiths, A., & Cox, T. (2004). La organización del trabajo y el estrés. Estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales. In *Serie protección de la salud de los trabajadores*. Organización Mundial de la Salud. <http://www.greenclipse.com/eashw.htm%0AOIT>
- Viteri, N. C. (2012). La Investigación Mixta, estrategia andragógica fundamental para fortalecer las capacidades intelectuales superiores. *Revista Científica*, 2(2).

Anexos

Anexo A. Entrevista sobre las fases de recuperación dentro del proceso de rehabilitación CETAD ‘libertad’.

1. ¿Dentro de la labor que usted realiza en el centro de rehabilitación “CETAD Libertad” identifica que existen fases de recuperación dentro del proceso?
2. ¿Conoce usted cuales son las fases de recuperación dentro del proceso?
3. ¿Usted considera que las fases son necesarias dentro del proceso de rehabilitación?
4. De la siguiente lista, ¿cuáles considera usted que son las habilidades necesarias para intervenir en estas fases?
 - Empatía
 - Flexibilidad
 - Seguridad
 - Conocimiento teórico
 - Apertura mental
 - Posición de autoridad
 - Escucha
 - planificación
 - Comunicación
 - Habilidades sociales
5. ¿Según usted, cual fase presenta más dificultad, enuncie el nombre?
6. De la fase que selecciona anterior mente, ¿porque presenta más dificultad?
7. ¿Cuál de las fases genera satisfacción al momento de trabajarla, enuncie el nombre?
8. ¿Explique por qué la fase mencionada anterior mente le genera más satisfacción?

Anexo B. Cuestionario de Maslach.

1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.	
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	
4	Tengo facilidad para comprender como se sienten mis alumnos/as.	
5	Creo que estoy tratando a algunos alumnos/as como si fueran objetos impersonales.	
6	Siento que trabajar todo el día con alumnos/as supone un gran esfuerzo y me cansa.	
7	Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis alumnos/as	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.	
9	Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis alumnos/as.	
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión docente.	
11	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.	
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo.	
14	Creo que trabajo demasiado.	
15	No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis alumnos/as	
16	Trabajar directamente con alumnos/as me produce estrés. 17 Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis alumnos/as.	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis alumnos/as.	
18	Me siento motivado después de trabajar en contacto con alumnos/as.	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
20	Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades.	
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.	
22	Creo que los alumnos/as me culpan de algunos de sus problemas.	